

Traducción, adaptación transcultural y validación de dos cuestionarios sobre Toma de Decisiones Compartidas (TDC)

María Victoria Ruiz Yanzi

Ruiz Yanzi MV, Barani MS, Franco JVA, Vázquez Peña FR, Terrasa SA, Kopitowski KS. Translation, transcultural adaptation, and validation of two questionnaires on shared decision making. *Health Expect*. 2019; 22(2):193-200.

La toma de decisiones compartidas (TDC) es un proceso mediante el cual el equipo de salud y el paciente trabajan juntos para tomar decisiones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, basados en la mejor evidencia clínica disponible y en las preferencias y los valores del paciente¹. El creciente interés en la TDC ha ido de la mano del aumento de la necesidad de evaluar este proceso. Contar con un instrumento de medición de la TDC representa un desafío y, al mismo tiempo, una barrera en la investigación y en la implementación de estrategias de TDC².

Con el objetivo de contar con un instrumento corto, práctico y fiable, que permitiera dar *feedback* en forma oportuna, Elwyn y cols. desarrollaron el cuestionario *CollaboRATE*³, que pretende ser lo suficientemente genérico como para poder ser aplicado de inmediato después de concluidos diferentes tipos de entrevistas clínicas ambulatorias.

En este contexto, la Fundación de la Salud del Reino Unido (The Health foundation) dentro del programa MAGIC (*Making good decisions in collaboration*) desarrolló un instrumento para evaluar el grado de involucramiento en la TDC en un determinado encuentro clínico, desde las dos perspectivas (la del usuario y la del proveedor de la salud)⁴. Esta herramienta consta de sendos cuestionarios que procuran medir el mismo constructo de una forma breve y fiable, inmediatamente luego de concluido el encuentro clínico en cuestión, uno para el paciente y uno para el médico, que llamaremos *Haz 3 preguntas* (*Ask 3 questions*, en inglés).

Consideramos que la traducción, adaptación transcultural y validación de los cuestionarios *CollaboRATE* y *Haz 3 preguntas*, con su formato breve, corto tiempo para su aplicación y posibilidad de un “feedback” inmediato, permitirán mejorar el conocimiento de nuestra práctica clínica y contribuirán a mejorar los cuidados en salud en nuestra región.

Para realizar la traducción, adaptación transcultural y validación de los cuestionarios se llevaron a cabo dos procesos:

- *El proceso de traducción y adaptación transcultural*: se realizaron traducciones de los originales en inglés al español, por dos traductores (uno relacionado con la medicina y otro no) que tenían como lengua materna el español y luego la retrotraducción del español al inglés por dos traductores que tenían como lengua materna el inglés. A continuación se realizó la adaptación al español usado en la Argentina. En este proceso participó el grupo investigador y se efectuaron entrevistas cognitivas a pacientes en la sala de espera de los consultorios externos del Hospital Italiano. Utilizando la información obtenida de las entrevistas se formularon las versiones finales de los cuestionarios.

- *El proceso de validación*: para llevar a cabo este proceso se entregaron 56 cuestionarios a díadas médico-paciente para que los completaran. De ellos, 30 correspondieron a consultas de medicina familiar y clínica médica (médicos de atención primaria) y 26, a consultas de especialistas. Con respecto al tamaño muestral, que finalmente fue de 56, nos basamos en la bibliografía, que señala que si el n absoluto es menor de 100 debe haber por lo menos 10 encuestas por ítem, y nunca el n absoluto ser menor de 50⁵. Se constató la adecuación muestral para la realización del análisis factorial exploratorio a través de 1) la prueba de esfericidad de Bartlett, 2) a través de los valores de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO), que fueron más que aceptables en los tres instrumentos.

Para evaluar la validez de constructo verificamos la unidimensionalidad de los tres (cuestionarios) constructos, a través de un Análisis de Componentes Principales (ACP), considerando los siguientes criterios:

- Criterio de Kaiser: solo considera los factores que en el primer análisis tienen un valor propio o “eigenvalue” mayor de 1. En nuestro caso fueron de 2,4 y 2,1 para los cuestionarios *Haz 3 preguntas* médicos y pacientes, respectivamente, y de 2,9 para el cuestionario *CollaboRATE*.
- Criterio de Carmines: considera que la varianza explicada por el primer componente o factor sea mayor del 40%, que

se cumplió para los tres cuestionarios. También utilizamos los criterios de Hattie y Gorusch, con resultados positivos y similares a los criterios anteriores.

Con respecto a la fiabilidad, los resultados fueron buenos para los tres cuestionarios, con un alfa de Cronbach superior a 0,7 en los tres.

Hemos obtenido versiones en español válidas y fiables de estos instrumentos. Al mismo tiempo, las versiones se pueden usar para la evaluación de la toma de decisiones compartida en consultas clínicas y para obtener nueva información que podría ayudar a la implementación de la toma de decisiones compartidas.

Conflictos de interés: las autoras declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. *CMAJ*. 2001 Aug 21;165(4):438-9.
2. Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K, et al. Measurement of shared decision making - a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2011; 105(4):313-24.
3. Elwyn G, Barr PJ, Grande SW, et al. Developing CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Educ Couns*. 2013; 93(1):102-7.
4. Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Educ Couns*. 2011; 84(3):379-85.
5. Hair JF, Anderson R E, Tatham RL, et al. *Multivariate Data Analysis*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1995.