



**ADAPTACIÓN CULTURAL, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA
PATIENT PRACTITIONER ORIENTATION SCALE EN MÉDICOS DE
CUIDADO PALIATIVO EN COLOMBIA**

Carlos Hernán Fernández Cordobés

Código: 12262125667

Universidad Antonio Nariño

Maestría en Cuidados Paliativos

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2023

**ADAPTACIÓN CULTURAL, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA
PATIENT PRACTITIONER ORIENTATION SCALE EN MÉDICOS DE
CUIDADO PALIATIVO EN COLOMBIA**

Carlos Hernán Fernández Cordobés

Médico, Anestesiólogo, Intensivista, Máster en Tratamiento de Dolor y Maestrante en
Cuidados Paliativos

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Cuidados Paliativos

Director (a):

Carlos Julio Saavedra Cantor RN, Esp, MSc.

Línea de Investigación:

Cuidado Paliativo.

Universidad Antonio Nariño

Maestría en Cuidados Paliativos

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2023

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado

_____.

Cumple con los requisitos para optar

Al título de _____.

Firma del Tutor

Firma Jurado

Firma Jurado

Ciudad, Día Mes Año.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	10
3. JUSTIFICACIÓN.	14
4. MARCO TEÓRICO	18
4.1. Modelo centrado en la enfermedad.	18
4.2. Modelo centrado en la persona.	18
4.3. Cuidados paliativos.	22
4.4. Cuidados paliativos y atención centrada en la persona.	23
5. OBJETIVOS.	24
5.1. Objetivo general.	24
5.2. Objetivos específicos.	24
6. DISEÑO METODOLÓGICO	25
6.1. Tipo de investigación	25
6.1.1. Tipo de estudio	25
6.2. Fase I – Traducción y adaptación cultural de PPOS del inglés a español de Colombia	25
6.2.1. Etapa I – Traducción directa.	26
6.2.2. Etapa II – Traducción inversa.	27
6.2.3. Etapa III – Prueba piloto.	27
6.2.4. Etapa IV – Consenso internacional	28
6.3. Fase II - Validez de contenido.	28
6.4. Fase III - Validez de constructo.	29
6.5. Fase IV Fiabilidad.	30
6.5.1. Participantes	32
6.5.2. Población	32
6.6. Instrumento	33
7. PRESUPUESTO:	39
8. RESULTADOS.	40
8.1. Resultados Traducción y adaptación cultural de PPOS del inglés a español.	40
8.1.1. Resultados Etapa I - Traducción primera versión consensuada.	40
8.1.2. Resultados Etapa II - Retro traducción. Segunda versión consensuada.	46
8.1.3. Resultados Etapa III - Prueba piloto. Tercera versión consensuada.	48
8.2. Resultados Fase II - Validez de contenido.	56
8.3. Resultados Fase III - Validez de constructo.	60

8.4. Resultados Fase IV – Fiabilidad.	63
9. DISCUSIÓN.	65
10. CONCLUSIONES.	69
11. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES:	69
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	70
1. ANEXOS	79
Anexo 1. Patient-Practitioner Orientation Scale	79
Anexo 2. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación	82
Anexo 3. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación – FASE II – JUECES	85

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Traducción médica de la primera versión consensuada. Basado a partir de escala PPOS (3).....	41
Tabla 2. Traducción coloquial (T2) de la primera versión consensuada. Basado a partir de escala PPOS (3).....	43
Tabla 3. Traducción primera versión consensuada. Basado a partir de escala PPOS (3).....	45
Tabla 4. Retro traducción, segunda versión consensuada. Basado a partir de escala PPOS (3).....	46
Tabla 5. Evaluación de dificultad de cada ítem.....	49
Tabla 6. Evaluación de la ofensividad de cada ítem.....	50
Tabla 7. Evaluación de cambios a los ítems.....	51
Tabla 8. Sugerencias de cambios a ítems.....	52
Tabla 9. Comparación de parámetros evaluados.....	53

Tabla 10. Tercera versión consensuada. Basado a partir de escala PPOS (3).....	54
Tabla 11. Análisis estadístico mediante Modelo de Lawshe. Basado a partir de escala PPOS (3).....	59
Tabla 12. Versión corregida de la escala luego de análisis de validez de contenido. Basado a partir de escala PPOS (3).....	60
Tabla 13. La prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor de 1453,142 (df=136, p<0,000) y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,884, lo que indica idoneidad para los análisis factoriales.....	61
Tabla 14. Varianza total explicada.....	62
Tabla 15. Matriz de estructura – Oblimin rotado.....	63
Tabla 16. Resultados de la confiabilidad a través del alfa de Cronbach.....	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Dimensiones y subdimensiones de la escala PPOS (Adaptado de Krupat).....	14
Figura 2. Teoría del sistema de atención centrada en el paciente (Adaptado de McCormack y McCane, 2006).....	17
Figura 3. Solicitud y autorización de uso de escala PPOS al autor.....	22
Figura 4. Representación gráfica de las etapas de la adaptación transcultural según la validación lingüística estandarizada.....	23
Figura 5. Resumen de las fases II, III y IV.....	27
Figura 6. Criterios de inclusión y exclusión.....	28
Figura 7. Cronograma de actividades.....	31
Figura 8. Presupuesto.....	32

1. RESUMEN

Introducción: La Escala de Orientación Médico Paciente, PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale), evalúa la atención centrada en el paciente o en el médico. Destaca por su utilidad clínica al clasificar la disposición tanto del médico como del paciente. Este estudio, consistió en desarrollar una adaptación cultural al español de Colombia y al análisis de sus propiedades psicométricas validez de contenido, constructo y confiabilidad en el contexto de atención paliativa en Colombia (COL-PPOS).

Métodos: Estudio metodológico en cuatro fases: análisis psicométrico y aplicabilidad clínica. Fase I: traducción y adaptación transcultural de la escala PPOS inglés-español. Fase II: validación de contenido de la versión en español de PPOS. Fase III: validez de constructo. Fase IV: confiabilidad. Realizado en 175 médicos de atención paliativa en Colombia.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 163 médicos de atención paliativa, 110 paliativistas, 36 especialistas y 17 médicos generales de Servicios de atención paliativa del país. El alfa de Cronbach general fue de 0,87, 0,71 para cuidar y 0,81 para compartir. Se obtuvo una adecuada validez de contenido Lawshe de 0,73 y constructo por medio de Kaiser Meyer de 0,88.

Conclusión: La COL-PPOS, versión final, demostró adaptación transcultural, confiabilidad y validez óptimas. La escala parece ofrecer mediciones precisas y cumplir con los objetivos del estudio, destacando como una herramienta sólida para evaluar la orientación médico-paciente en cuidados paliativos en Colombia. La validación resalta la importancia de adaptar instrumentos a contextos específicos para garantizar su aplicabilidad cultural. Este instrumento facilitará futuras investigaciones sobre la atención centrada en el paciente y permitirá evaluar las actitudes de médicos en cuidados paliativos.

Palabras clave: Relación médico paciente; Atención centrada en el paciente; Cuidados paliativos; Toma de decisiones compartida; Encuestas y Cuestionarios; Psicometría

2. ABSTRACT:

Introduction: The Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) assesses patient- or doctor-centered care, providing valuable insights into the disposition of both the doctor and the patient. This study aimed to develop a cultural adaptation to Colombian Spanish, assessing its psychometric properties, content validity, construct, and reliability in the context of palliative care in Colombia (COL-PPOS).

Methods: This methodological study unfolded in four phases: psychometric analysis and clinical applicability. In Phase I, we undertook the translation and cross-cultural adaptation of the English-Spanish PPOS scale. Phase II involved content validation of the Spanish version of PPOS. Phase III focused on construct validity, while Phase IV addressed reliability. The study encompassed 175 palliative care doctors in Colombia.

Results: The sample comprised 163 palliative care physicians, including 110 specialists, 36 palliative care physicians, and 17 general physicians from Palliative Care Services across the country. The overall Cronbach's alpha was 0.87, with specific values of 0.71 for caring and 0.81 for sharing. The content validity, assessed through Lawshe, yielded an adequate score of 0.73, while Kaiser Meyer's construct validity was 0.88.

Conclusion: The final version of COL-PPOS demonstrated optimal cross-cultural adaptation, reliability, and validity. The scale proves to be a robust tool for evaluating doctor-patient orientation in palliative care in Colombia, offering precise measurements aligned with the study's objectives. The validation underscores the importance of adapting instruments to specific contexts to ensure cultural applicability. The COL-PPOS instrument is poised to facilitate future research on patient-centered care, enabling the evaluation of physicians' attitudes toward palliative care.

Keywords: Doctor-patient relationship; Patient-centered care; Palliative Care, Shared decision making; Surveys and Questionnaires; Psychometry

3. INTRODUCCIÓN.

El enfoque biomédico clásico comprendido como un modelo paternalista, en donde el objetivo se centra en tratar la enfermedad y no al paciente, tiene varias dificultades desde la falta de autonomía y participación del paciente, hasta resultados terapéuticos desfavorables. Desde el siglo pasado se ha propuesto un modelo centrado en el paciente descrito como una atención planificada sustentada en los principios de empatía, confianza y autonomía que mejora de forma continua con la activa participación de los pacientes y cuidadores, en donde se integran sus decisiones y garantiza la autonomía del paciente y la toma de decisiones conjuntas, lo cual puede fortalecer la prestación de cuidados paliativos (1). Este modelo busca que los pacientes se informen e involucren en las decisiones de su conducta médica. La inclusión del paciente en la toma de decisiones médicas ha demostrado una mayor adherencia a tratamientos, mejoría sustancial en la salud física, mayor autocuidado, disminución en la carga de enfermedad y satisfacción de los pacientes frente a la prestación de servicios de salud en cuidados paliativos (2).

El aumento de la esperanza de vida incrementó la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la necesidad de cuidados paliativos a nivel mundial, de tal manera que los sistemas de salud, incluido el colombiano, tienen el desafío de satisfacer las necesidades en la atención de estos pacientes para mejorar su calidad de vida. Se destaca que gran parte de los objetivos del enfoque centrado en el paciente coinciden con los objetivos de la atención paliativa. Para medir los roles que los médicos y pacientes creen que cada uno debe desempeñar dentro de este modelo orientado en el paciente, en 2002 se desarrolló la Escala de Orientación Médico Paciente o PPOS por sus siglas en inglés (Patient-Practitioner Orientation Scale) (3), la cual mide si la atención está centrada en el paciente o en el médico y la coincidencia entre ellos dos en las valoraciones del tratamiento (4). Esta escala muestra utilidad clínica, una vez que califica la disposición del médico y el paciente, ya sea en un modelo clásico representado por una relación paternalista entre médico y paciente, caracterizada por una jerarquía notoriamente superior del médico, la enfermedad como preocupación central, y la subordinación del paciente al juicio del tratante; o una relación enfocada en el paciente, caracterizada por una jerarquía igualitaria entre ambos, y la integridad del paciente sea el centro del tratamiento y la voluntad del médico en una

relación en la que el paciente participe en la toma de decisiones. Cabe mencionar que en la actualidad los sistemas de salud se enfocan en la atención centrada en el paciente.

En Colombia no existe una escala publicada que evalúe particularmente la distinción entre un estilo de interacción orientado al paciente frente a un estilo de interacción orientado a la enfermedad o al médico, y una traducción literal de esta escala no ofrece la misma validez y confiabilidad para nuestra población. Por lo tanto, la presente investigación busca llevar a cabo procesos para la adaptación transcultural de la escala PPOS, así como su validación de contenido, validación de constructo y confiabilidad.

La práctica clínica requiere instrumentos de medición con un rigor psicométrico estricto para una utilidad clínica real, lo que cuestiona por consiguiente la validez de una misma medida aplicada a todas las culturas y poblaciones. Actualmente en Colombia no se ha publicado una escala que evalúe los aspectos de PPOS y una traducción literal de esta escala no ofrece validez adecuada para nuestra población. La realización de este trabajo consta de las siguientes fases:

1. Adaptación transcultural por medio de la validación lingüística estandarizada.
2. Validez de contenido utilizando el juicio de expertos.
3. Validez de constructo por medio del análisis factorial.
4. Confiabilidad a través del Alfa de Cronbach.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo establecer la adaptación transcultural, validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad de la Escala Patient Practitioner Orientation Scale en médicos de cuidado paliativo en Colombia.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Desde mediados del siglo XX se ha impulsado la adopción de un modelo de salud enfocado en la persona, caracterizado por la participación activa del paciente en la toma de decisiones dentro de su conducta médica, promoviendo una jerarquía igualitaria entre médico y paciente. La adopción de este enfoque ha demostrado una conducción a mejores resultados clínicos como mayor adherencia al tratamiento médico, disminución de la morbimortalidad y de los costos de la atención en salud (5). Los cambios en los estilos de vida y los avances médicos han llevado a un aumento de la esperanza de vida a nivel mundial, a su vez estos cambios han llevado a un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), siendo este grupo la principal causa de morbimortalidad global y responsables del 80% de las muertes en todo el mundo provocando 38 millones de muertes anuales (6 - 8).

Por lo tanto, la demanda de atención de cuidados paliativos ha experimentado un notable incremento, y en los Estados Unidos, se ha convertido en uno de los servicios médicos que ha experimentado un crecimiento significativo en las últimas dos décadas. Una tendencia similar se observa en Colombia, donde el porcentaje de adultos mayores ha aumentado del 6,9 % en 1985 al 13,8 % en 2020. Este incremento en la población de adultos mayores refleja el proceso de envejecimiento de la población colombiana y se proyecta que esta tendencia continuará, llegando a superar el 16% para el año 2030. Las ECNT provocan el 76% de la morbimortalidad en el país (9). En su informe del 2022 el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) reportó el 56% de todas las muertes a causa de enfermedades crónicas y susceptibles de cuidado paliativo, la mayoría de estas muertes naturales fueron ocasionadas por enfermedades cardioisquémicas, cerebrovasculares, respiratorias, hipertensión, diabetes mellitus, cáncer de estómago, cáncer colorrectal, cáncer del tracto respiratorio y cáncer de mama (10).

Esto ha llevado a un aumento de la necesidad de atención paliativa, en Colombia cerca de un tercio de los pacientes fallecen requiriendo atención de una unidad de cuidados paliativos, lo cual plantea un desafío significativo para el sistema de salud en Colombia (10). Diferentes estudios han mostrado la relación entre ECNT y la necesidad de cuidados paliativos, se ha descrito que el 16% de pacientes con enfermedad renal y el 55% de los

pacientes con insuficiencia cardiaca requieren atención paliativa (11, 12). Pese a que no hay estudios en Colombia, un estudio peruano de 2019 mostró que el 71,5% de pacientes hospitalizados con cualquier ECNT necesitó cuidados paliativos, este estudio ofrece un panorama de la necesidad de atención paliativa en la población latinoamericana (13).

Los cuidados paliativos son importantes, costo-efectivos y reducen ingresos a unidades de cuidado paliativo, por ejemplo, un estudio en una unidad de neurología mostró que un adecuado departamento de atención paliativa proporcionó mayores ingresos y ahorro de costos tanto para la clínica como al sistema de salud, asignación eficiente del personal y expansión de la telemedicina (14).

Un estudio japonés que examinó experiencias de prestadores de atención paliativa y posibles estrategias para integrar los cuidados paliativos oncológicos en el hogar, describió que la derivación de un paciente a un servicio especializado de atención paliativa suele ser tardío; no obstante, existen estrategias como colaboración interdisciplinaria, entrenamiento a médicos de atención primaria y familiares que podrían facilitar la integración de servicios de cuidados paliativos en pacientes oncológicos, así como en cualquier otro tipo de pacientes (15). La literatura científica pone en evidencia que para mejorar la atención al paciente se debe desarrollar una mejor cooperación y comunicación entre los diferentes servicios y departamentos, como neurología, psiquiatría, oncología, cuidados paliativos, entre otros (16). Cabe mencionar que las intervenciones de cuidados paliativos transmurales muestran un efecto general en la reducción de los ingresos hospitalarios y el aumento del número de pacientes que mueren en el hogar, los cuales son resultados positivos para los pacientes al final de la vida (17).

Los cuidados paliativos no son sinónimo de muerte o sinónimos de atención terminal, son cuidados enfocados a disminuir el dolor, mejorar la calidad de vida, mediante la identificación, evaluación temprana y el manejo de angustias físicas, psicosociales y espirituales. Como lo describe Jessica Simon, todo eso no tiene que ser una atención enfocada en pacientes terminales o valoraciones muy especializadas, es simplemente una *"buena medicina"*, razón por la cual *"la remisión a cuidados paliativos debe basarse en las necesidades del paciente más que en su esperanza de vida"* (18). Por lo anterior, la atención paliativa no debe empezar desde los especialistas en dolor o paliativistas y

tampoco debe brindarse a pacientes que cumplan características específicas; por el contrario, debe empezar desde la atención primaria y brindarse a todos los pacientes. Una revisión sistemática del 2021 que describió las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con mesotelioma y sus cuidadores destacó la importancia de comprender el papel de los médicos no especialistas en cuidados paliativos en este contexto, resaltando la necesidad de mejorar la atención generalista en este ámbito (19), en el cual se evidenció la necesidad de visibilizar el papel que desempeñan los médicos no especialistas en la prestación de cuidados paliativos generales, ya que la derivación temprana a un servicio especializado no satisface las necesidades de los pacientes. Los médicos generales ven con mayor frecuencia a los pacientes que los especialistas, y pueden desarrollar mayores vínculos con el paciente para fortalecer la relación médico – paciente y la atención en cuidados paliativos (19).

Existen coincidencias significativas entre los cuidados paliativos y el enfoque centrado en la persona, ambos buscan un enfoque interdisciplinario e íntegro, basado en la evidencia científica, promoviendo la educación, prevención y asumiendo una atención al paciente y a su familia, la aplicación del enfoque de atención centrado en el paciente es particularmente más necesario en los pacientes con enfermedades que requieren cuidados paliativos, ya que son pacientes sumamente vulnerables, en su mayoría en la última etapa de su vida debido a enfermedades en etapas muy avanzadas.

La PPOS es la base para la calidad de la atención y seguridad del paciente. La participación del paciente en su conducta y tratamiento médico ha mostrado mayor efectividad en las intervenciones médicas. Se basa en valores como empatía, confianza y autonomía, se relaciona con mayor eficiencia en el uso de recursos. Los pacientes más involucrados en su conducta médica logran mejor adherencia terapéutica. Diversas escalas se han usado y han sido validadas, en búsqueda de discernir, los diferentes aspectos de la atención centrada en el paciente. Dentro de ellas se encuentra la escala PPOS que cuantifica el estilo de interacción preferida. Es una escala publicada en el 2000 en Estados Unidos, la cual consta de 18 ítems que evalúan las orientaciones de roles tanto de pacientes como de médicos, la escala PPOS refleja dos dominios: el compartir y el cuidado, dos esferas necesarias en la atención centrada en el paciente. Esta escala se ha correlacionado con la empatía y la espiritualidad de un grupo de estudiantes de medicina en Brasil. Ha sido validada en

diferentes idiomas, entre ellos el español (México y España), mandarín (China) y el portugués (Brasil), así como ha sido aplicada en diferentes culturas encontrando que es apropiada para medir los aspectos que le competen (20, 21).

La adaptación transcultural mantiene y garantiza la coherencia y la validez entre la versión original y la versión traducida del instrumento a través de un proceso que abarca tanto la traducción lingüística como la equivalencia conceptual. En Colombia, la carga de enfermedades crónicas no transmisibles es significativa, generando una necesidad concreta de abordar las demandas de estos pacientes mediante un enfoque de atención paliativa centrada en el paciente. Para evaluar esta interacción, se propuso el uso de la escala PPOS, para determinar el enfoque centrado en el paciente de los médicos paliativistas. Con este propósito, la escala fue adaptada y validada al español colombiano y en el contexto de las prácticas paliativas del país, buscando así mejorar la calidad de atención brindada a estos pacientes.

Por lo anteriormente expuesto, se planteó como pregunta de investigación: ¿Cuáles son los parámetros psicométricos de adaptación transcultural, validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad de la Escala Patient Practitioner Orientation Scale en médicos de cuidado paliativo en Colombia?

5. JUSTIFICACIÓN.

El abordaje tradicional de la medicina occidental se centra en la enfermedad, lo cual conlleva una marcada jerarquía entre el médico y el paciente. Actualmente se impulsa un modelo centrado en la persona donde el médico y el paciente están en la misma jerarquía, se ofrece un manejo integral, priorizando la educación, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Este modelo ha mostrado grandes ventajas, tales como mayor satisfacción del paciente y del médico tratante, igual o mejor control de los síntomas, más discernimiento y respeto de las elecciones sobre el lugar de la muerte por parte de los pacientes, disminución de los ingresos hospitalarios, reducción de los niveles de ansiedad y depresión, menor angustia para el cuidador y ahorro de costos de los sistemas de salud (22).

Los cambios sociodemográficos de las últimas décadas han provocado un aumento de la esperanza de vida, este envejecimiento de la población ha ocasionado un marcado aumento en la incidencia, prevalencia y mortalidad de enfermedades crónicas, así como la multimorbilidad y las enfermedades a largo plazo en estadios avanzados (23, 24), estas representan alrededor del 63% de todas las muertes en el mundo y por ende exige una atención médica específica y la necesidad de servicios en cuidados paliativos que garanticen una atención centrada en la calidad de vida y en el alivio de los síntomas del paciente. Actualmente se estima que el 75% de las personas que se acercan al final de su vida se beneficiarían de atención de cuidados paliativos (25).

Los pacientes de cuidado paliativo requieren, debido a las múltiples esferas comprometidas que llevan a su sufrimiento, de un equipo interdisciplinario que haga su manejo, razón por la cual los médicos paliativistas y demás profesionales de la salud deben establecer una comunicación efectiva con sus pacientes, familiares y coordinarse con el resto recursos asistenciales externos para hacer un manejo integral.

Diversas herramientas psicométricas se han diseñado para medir la interacción entre los médicos y los pacientes. Estas varían según las dimensiones exploradas, el tipo de cuestionario y como se recolectan los datos. Algunas de ellas se centran en el lenguaje verbal del médico, dejando por fuera el lenguaje no verbal, la opinión o como se lleva la relación médico-paciente. Dentro de los constructos más importantes de este tipo de atención, se encuentra el de compartir el poder y la responsabilidad en la toma de

decisiones. En una revisión sistemática realizada de 2019, se encontraron 6 pruebas psicométricas que valoran las creencias, actitudes y conductas de los galenos: la 4 HCS (The Four Habits Coding Scheme), The Patient - Practitioner Orientation Scale (PPOS), The Observing Patient Involvement (OPTION), The informed Decision Making (IDM), la escala CICAAD, y la Clinical Support for Patient Activation Measure (CS-PAM). Las escalas 4 HCS, OPTION e IDM necesitan que las entrevistas sean registradas en video y que un evaluador capacitado las analice. En contraste, la escala PPOS ha sido utilizada tanto en entornos de atención primaria como en atención especializada. Esta escala permite evaluar la relación entre el paciente y el médico, estudiantes u otros profesionales de la salud sin necesidad de realizar modificaciones, lo que amplía su aplicabilidad en la práctica clínica (21, 26).

Esta herramienta fue diseñada como un reflejo de dos dimensiones identificadas de esta relación, la de compartir y la de cuidado. La dimensión de compartir, a su vez, plasma dos subdimensiones, la primera, el grado en el cual los médicos deben compartir el poder en la toma de decisiones y la extensión de la información que deben recibir. A su vez, el cuidado, se refiere a la subdimensión de qué tan cálido y que tanto apoyo debe recibir el paciente, junto con una segunda subdimensión, que se refiere a cómo los médicos deben ir más allá de los síntomas del paciente y tratarlos de manera holística. Esta estructura se explica en la figura 1 (27).

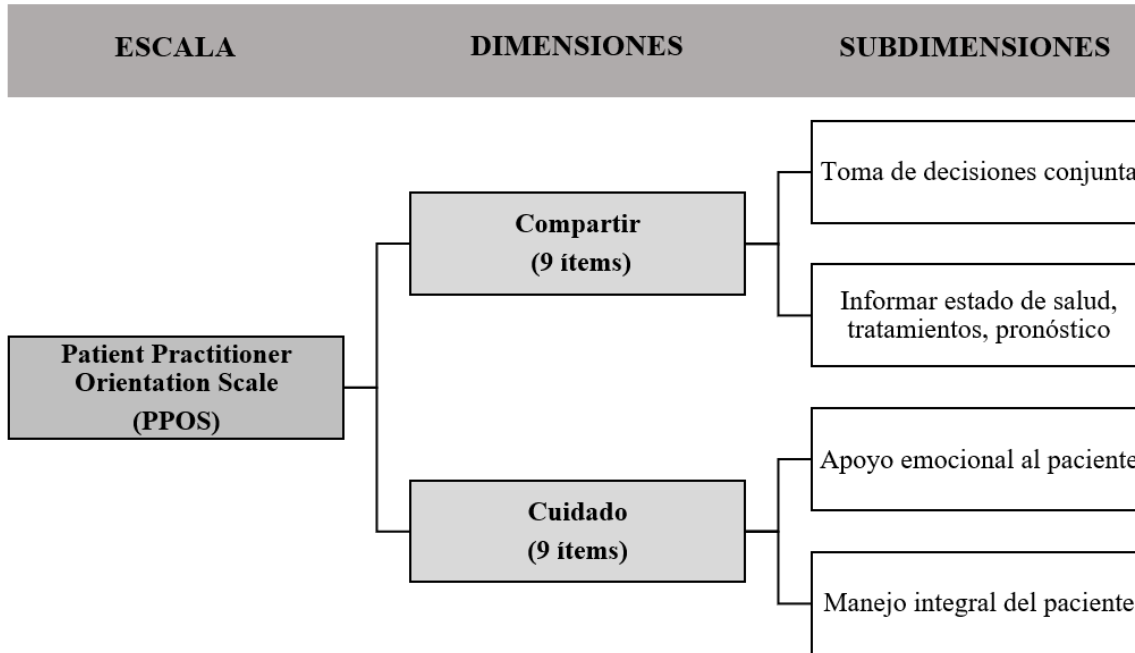


Figura 1. Dimensiones y subdimensiones de la escala PPOS (Adaptado de Krupat).

Se ha aplicado tanto en el paciente como en el practicante (Estudiantes de áreas de la salud, enfermeras, quiroprácticos, terapeutas). La herramienta psicométrica PPOS es un cuestionario tipo Likert de 18 preguntas, valorando dos subescalas de 9 preguntas cada una. Las calificaciones mayores en la encuesta implican una mayor tendencia a la aplicación del modelo de cuidado centrado en el paciente. Esta escala ha mostrado consistencia psicométrica en diferentes países, traducciones y validaciones transculturales, así como ha mostrado una fuerte correlación con otros aspectos importantes del cuidado integral como espiritualidad y empatía. No existen estudios publicados que hagan referencia a que existen medidas de validez y confiabilidad de la Escala PPOS en Colombia, así como no existen antecedentes de su aplicación en la atención de cuidado paliativo, especialidad en salud que primordialmente debe estar centrada en el paciente, debido a la complejidad del sufrimiento que afecta múltiples esferas de la vivencia del ser humano.

Por lo anterior, y por la ausencia de instrumentos válidos y confiables en Colombia para medir la relación médico-paciente, el realizar una adaptación cultural, permitirá a futuro desarrollar estudios sobre el tipo de modelo de atención que se aplica en Colombia y de esta manera sustentar intervenciones para fortalecer la relación médico-paciente, lograr una

atención centrada en el paciente que permita un mayor grado de satisfacción y de adherencia al tratamiento propuesto. La investigación obtuvo un sustento teórico y guías que detallan el proceso de adaptación y validación de este tipo de instrumentos. La atención centrada en el paciente y los beneficios de este esquema son necesarios para cumplir las necesidades de todos pacientes, así como es necesario cumplir estos objetivos de atención en pacientes en cuidados paliativos. Los cuidados paliativos no sólo incluyen a pacientes terminales y en estados críticos y no sólo deben ser ofrecidos únicamente por especialistas en esta área, sino que cualquier médico debe dar una atención paliativa primaria, por tanto, la adaptación y validación de esta escala tendrá un uso amplio, el cual puede ser aprovechado para cumplir en los objetivos de atención en salud actual (29-32).

La versión actual del PPOS se probó con estudiantes universitarios ($n = 297$) para validar aún más el instrumento. El número total de ítems se redujo a 18 y los resultados confirmaron nuevamente dos factores distintos de centrarse en el paciente: compartir y cuidar. Estudios posteriores demostraron estimaciones de confiabilidad de la escala que oscilan entre 0,73 y 0,88 (3-5). Mantiene un nivel alfa general adecuado ($\alpha = .89$), así como alfas de subdimensiones adecuados (compartir, $\alpha = .85$; cuidar, $\alpha = .84$). Se encontró que las puntuaciones de los médicos predicen las diferencias en la comunicación entre el médico y el paciente, así como comportamientos de estilo de vida saludables. Además, se ha encontrado que el médico juega un papel más importante en la determinación de las cualidades de la comunicación médico-paciente (33, 34).

De acuerdo con lo previamente descrito, el presente estudio tuvo como objetivo establecer la adaptación transcultural, validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad de la Escala Patient Practitioner Orientation Scale en médicos de cuidado paliativo en Colombia.

- 1.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Modelo centrado en la enfermedad.

Desde la época griega se ha concebido que la enfermedad no sólo afecta el cuerpo sino el alma y la voluntad. En ese modelo occidental se piensa que el enfermo está incapacitado por su situación de sufrimiento, por lo cual se le trata con invalidez e infantilización; en este modelo paternalista el médico es el único que determina qué conducta es mejor para el paciente aun así el paciente no esté de acuerdo (35).

En 1975 Raanan Gillon explicaba los argumentos que respetaban el principio kantiano de tratar a las personas como fines en sí mismos y no como medios para un fin. Lo anterior se opone al modelo paternalista y jerárquico de hacer lo mejor por los pacientes, minimizando el daño que sufren, incluso llegando a anular sus deseos tratándolos como medios para un fin, que es su recuperación (36).

6.2. Modelo centrado en la persona.

La relación entre médico y paciente tiene relevante importancia en la eficacia del tratamiento médico. En 1927, Peabody propuso que la práctica de la medicina en su sentido más amplio incluye toda la relación del médico con su paciente. Balint en 1955 describió la importancia de la relación médico-paciente como *"el médico como droga"*. El concepto de atención centrada en el paciente ha sido un concepto en constante evolución y fue originalmente descrito por Edith Balint en 1969 como *"la comprensión del paciente como un ser humano único"* y contrarrestando con la *"medicina enfocada en la enfermedad"* (37, 38, 39).

En este enfoque puede ser descrito como *"tratar al paciente como un individuo único"*, abordando la prevención, detección temprana, evaluación integral y gestión de problemas físicos, que abarcan el dolor y otros síntomas que pueden causar angustia, además de atender las preocupaciones de índole psicológica, espiritual y las necesidades sociales. Se basa en la comunicación efectiva que considera la individualidad, punto de vista y las circunstancias en su proceso de toma de decisiones entre el médico, los pacientes y sus familiares en búsqueda de determinar los objetivos de atención, y a partir de ellas orientar la conducta, interacción, suministro de información y la toma de decisiones compartida, como se describe en la figura 2 (38, 39).

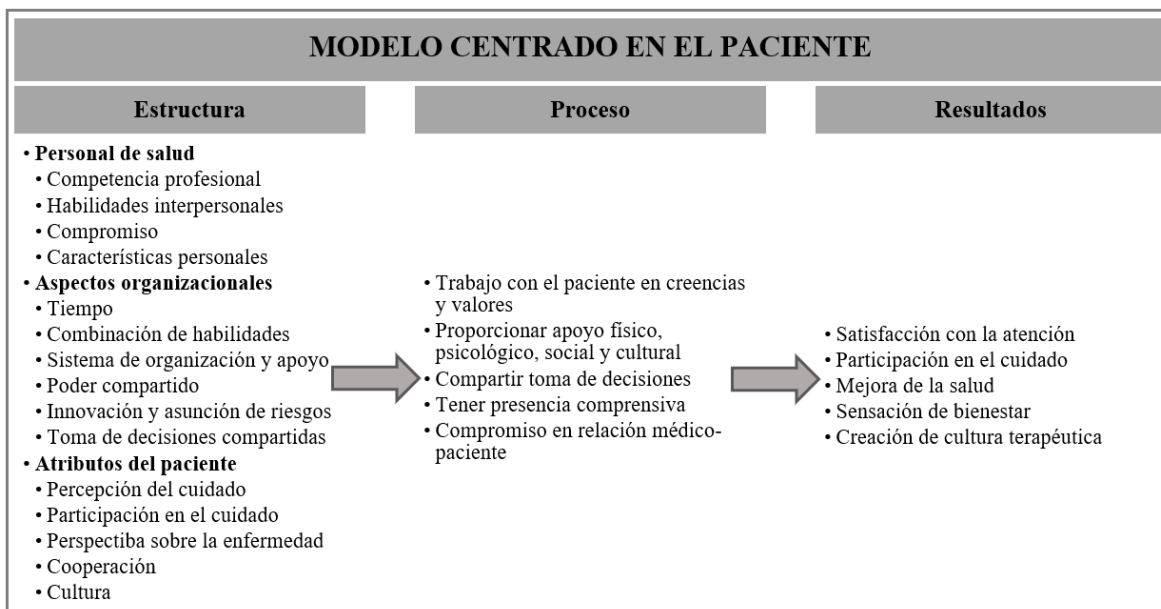


Figura 2. Teoría del sistema de atención centrada en el paciente (Adaptado de McCormack y McCane, 2006).

Es ampliamente descrito que este enfoque tiene mejores resultados terapéuticos, menor carga de morbilidad y menores costos en el sistema de salud, al ampliar la participación del paciente en el cuidado de su salud. Algunos autores consideran la confianza como uno de los atributos globales de las relaciones del trato humano, junto a características como satisfacción, comunicación, competencia y privacidad (39). Otros autores describen la alianza terapéutica basada en acuerdo sobre objetivos, asignación de tareas y desarrollo de un vínculo afectivo entre médico y paciente (40), así como describen a la empatía como el eje central en las relaciones (41).

La atención centrada en la persona se originó en el ámbito de la psiquiatría, cuando Balint comenzó a ver a los pacientes como seres humanos únicos, abogando por un enfoque integral en el diagnóstico de sus condiciones al incluir toda la información obtenida de los pacientes. Posteriormente, desde la atención primaria en salud, consideran que la relación médico- paciente debe partir del principio de que ambos son coproductores de salud en beneficio del paciente (22, 42, 43).

La atención centrada en la persona se ajusta a los principios y estándares éticos fundamentales de la autonomía, en consonancia con los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia al respetar a la persona como individuo y tomar decisiones de

manera compartida, protegiendo a los pacientes vulnerables (22, 39, 44). Este modelo busca que el médico ofrezca información, brindando tranquilidad, apoyo, consuelo, aceptación y confianza, para lograr la curación y la reducción de padecimientos del paciente, por lo cual el médico tratante debe considerar las creencias y valores del paciente, atender necesidades físicas y emocionales, promover la toma de decisiones compartidas y la autonomía del paciente. Varios autores optan por denominar a este enfoque como atención centrada en la persona, para evitar reducir a la persona sólo a sus síntomas y enfermedad, con el fin de suministrar un enfoque más holístico y abordar diversas dimensiones del bienestar integral. Este enfoque no se centra sólo en el paciente sino también en las familias y cuidadores (44).

De la misma manera, entre los beneficios del enfoque centrado en la persona se encuentra que el modelo centrado en el paciente requiere que los trabajadores de la salud tengan amplios conocimientos clínicos, sociales y adecuadas habilidades interpersonales, de esta manera se brinda a los pacientes autonomía, respondiendo de manera individualizada a las necesidades y preferencias de cada paciente, así como se suministra una atención integral entre el paciente, cuidadores y familiares (45). La comunicación está relacionada con una mejor adherencia del paciente con su tratamiento, un estudio de metaanálisis del 2009 demostró que la falta de comunicación o las fallas en la misma se asocian en un 19% con el riesgo de incumplimiento en el tratamiento (46, 47).

Este modelo redefine al buen paciente como alguien que trabaja con su médico para abordar las barreras de adherencia (5). También se ha descrito el aumento en la adherencia farmacológica en pacientes con glaucoma e hipertensión arterial (32). La atención centrada en la persona mejora los resultados clínicos por una mejor adherencia a las recomendaciones, incrementa la satisfacción de los usuarios, la calidad de vida, los comportamientos de autocuidado, reduciendo las admisiones, readmisiones y la estancia hospitalaria; así mismo, disminuye la ansiedad, depresión y estrés de la familia. Reduce el cansancio de los familiares y cuidadores, mejora la satisfacción y la confianza en los mismos, beneficia al sistema de salud mejorando el acceso a la atención, aumenta el conocimiento de la enfermedad dando opciones terapéuticas y prioriza el conocimiento en el pronóstico, que es fundamentalmente importante en el cuidado paliativo. Esta alianza terapéutica, tiene un efecto positivo al mejorar la satisfacción, continuidad y compromiso de los pacientes, empodera al paciente sobre qué debe hacer, mejora el manejo de las

emociones, aumenta el soporte social y familiar, permitiendo que se optimice el manejo de decisiones vitales al final de la vida y del duelo ante una enfermedad crónica y con alta carga de sufrimiento (21, 22).

La adopción del modelo centrado en el paciente se asocia con un mejor acceso a la atención ambulatoria, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como una reducción en la ansiedad por el compromiso de la atención al paciente. Otras ventajas son el acceso a citas médicas el mismo día de la solicitud, extensión en los horarios de atención en centros médicos, y facilidad de acceso por medio de plataformas digitales y correo electrónico. Barry et al describen que el fortalecimiento de la atención primaria reduce los costos al disminuir remisiones a subespecialidades y las admisiones hospitalarias, así como la reducción de los efectos adversos relacionados con la prescripción (42).

Por otra parte, entre los desafíos para la implementación del enfoque centrado en la persona se encuentra que para los sistemas de salud del mundo es un reto, dado que requiere el rediseño y reestructuración del sistema de salud y de la sociedad en sí misma (43, 44). En la literatura se describen diversas barreras que impiden la implementación de este modelo, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- **Ausencia de una definición clara de modelo centrado en el paciente:** La atención centrada en el paciente es un concepto ampliamente utilizado y conocido en la práctica médica; no obstante, su definición es poco comprendida y estandarizada, lo cual representa una barrera para la implementación del enfoque centrado en el paciente (45).
- **Educación en salud insuficiente:** Uno de ellos es la falta de educación en salud, la cual no se logra desarrollar conjuntamente con los pacientes, ni superar las brechas de conocimiento entre ambas partes, por eso deben crearse programas educativos para lograr un mayor impacto. Los vacíos en los programas de salud pública y la falta de acompañamiento en las comunidades para desarrollar programas de atención médica que cumplan las necesidades primarias de salud (46).
- **Énfasis educativo inadecuado en el enfoque centrado en el paciente:** Este modelo se basa en la integración interprofesional organizada. La estructura del modelo no es lo suficientemente explicada, así como las habilidades de

comunicación no están incluidas de forma consensuada en los planes de estudio, además este modelo incluye diferentes actores desde estudiantes hasta especialistas y subespecialistas, y a otras profesiones de salud como enfermería. Actualmente no hay suficientes programas de educación estandarizados para enseñar aspectos sociales e interpersonales a los proveedores de atención médica (45, 46).

- **Atención discontinua:** La fragmentación de la atención limita las oportunidades de los profesionales de la salud para ver el progreso de un paciente y le brinda solo una exposición limitada al curso completo de la enfermedad de un paciente (47, 48).
- **Escasez de personal e inadecuado reembolso:** Otro problema es el reembolso al personal de salud, los sistemas actuales aumentan el número de pacientes y reducen el tiempo dedicado a ellos, por tal motivo el modelo enfocado en la persona busca promover un trabajo en equipo entre todos los trabajadores de la salud para cumplir de forma colectiva las necesidades de los pacientes. El exceso de trabajo y la escasez de personal son las principales barreras para la implementación de este modelo observadas en el entorno práctico. Se ha descrito que la falta de tiempo y motivación actúan como barreras para el desarrollo de este modelo (48, 49).
- **Dominio del modelo biomédico en el cuidado de la salud:** En el cuidado de la salud, prevalece un modelo biomédico de práctica. Debido a las limitaciones de tiempo y de personal, menos tiempo en consulta con los pacientes. Además, de un desarrollo estructural insuficiente en los centros de atención, y falta de medidas que prevengan los errores en la atención como caídas e infecciones (50, 51).

6.3. Cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos se refieren a la atención médica especializada destinada a individuos que padecen enfermedades graves. El propósito principal de este tipo de atención es mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia (22, 42). Es importante destacar que los cuidados paliativos son adecuados para personas de cualquier edad y en cualquier etapa de la enfermedad y pueden proporcionarse junto con tratamientos curativos y dirigidos a la enfermedad. Estos cuidados involucran la participación integral de un equipo de profesionales, como médicos, enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales, sacerdotes y otros especialistas, con el propósito de proporcionar un apoyo completo. Los cuidados paliativos se centran en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias,

logrando esto a través del alivio del sufrimiento, especialmente mediante el control y tratamiento del dolor. Se ha descrito ampliamente que los cuidados paliativos dan una mejor satisfacción al paciente, mejor control de los síntomas, reducción de los ingresos hospitalarios, menor ansiedad y ahorro de costos para los sistemas de salud (52, 53, 54, 55).

6.4. Cuidados paliativos y atención centrada en la persona.

Los cuidados paliativos primarios incluyen las habilidades y competencias básicas que poseen todos los médicos independientemente de su especialidad, la atención paliativa en este nivel busca en el manejo básico de síntomas, desarrollo y ajuste del plan de tratamiento acorde a las necesidades del paciente, un abordaje al sufrimiento del paciente y evaluación emocional (56, 57). Los médicos de atención primaria son el primer médico que encuentran los pacientes con ECNT, la evaluación debe centrarse en los síntomas (dolor crónico, depresión, náuseas, fatiga, disnea) para determinar el impacto en la vida diaria. Se recomienda la intervención espiritual y emocional para manejar la alta carga emocional del paciente, así como derivar a cuidados paliativos especializados cuando hay síntomas graves, deterioro psicosocial, familiar y emocional severo (58, 59).

Se han definido elementos de la atención centrada al paciente, la atención paliativa de la enfermedad, la experiencia de la enfermedad, así como la comprensión a la persona en su totalidad, el encuentro de puntos en común, la incorporación de la promoción en salud y mejorar la relación médico-paciente. Además, se describen conductas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y cuidados paliativos, tales como promover el bienestar y prevenir consecuencias son importantes en la atención paliativa, nuevamente Mitchell menciona cinco elementos: prevención, reducción de daños, participación comunitaria, educación sobre salud y muerte y apoyo social (60, 61).

7. OBJETIVOS.

7.1. Objetivo general.

Establecer la adaptación transcultural, validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad de la Escala Patient Practitioner Orientation Scale en médicos de cuidado paliativo en Colombia.

7.2. Objetivos específicos.

1. Desarrollar una adaptación transcultural de la Escala Patient Practitioner Orientation Scale mediante la validación lingüística estandarizada.
2. Medir la validez de contenido para la Escala Patient Practitioner Orientation Scale.
3. Analizar la validez constructo para la Escala Patient Practitioner Orientation Scale.
4. Determinar la confiabilidad de la Escala Patient Practitioner Orientation Scale.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. Tipo de investigación

8.1.1. Tipo de estudio

Estudio metodológico desarrollado en cuatro fases, mediante el análisis de propiedades psicométricas y aplicabilidad clínica, basados en las “Recomendaciones para la adaptación transcultural de las medidas sobre el estado de salud” de Beaton y Bombardier (33 - 34). Fase I de traducción y adaptación transcultural de la escala PPOS del inglés al español de Colombia. Fase II de validación de contenido de la versión en español de Colombia de PPOS. Fase III de validez de constructo y Fase IV de confiabilidad.

8.2. Fase I – Traducción y adaptación cultural de PPOS del inglés a español de Colombia

Se solicitó permiso al autor de PPOS (Figura 3) y se siguieron las directrices del proceso de adaptación transcultural (63, 64).

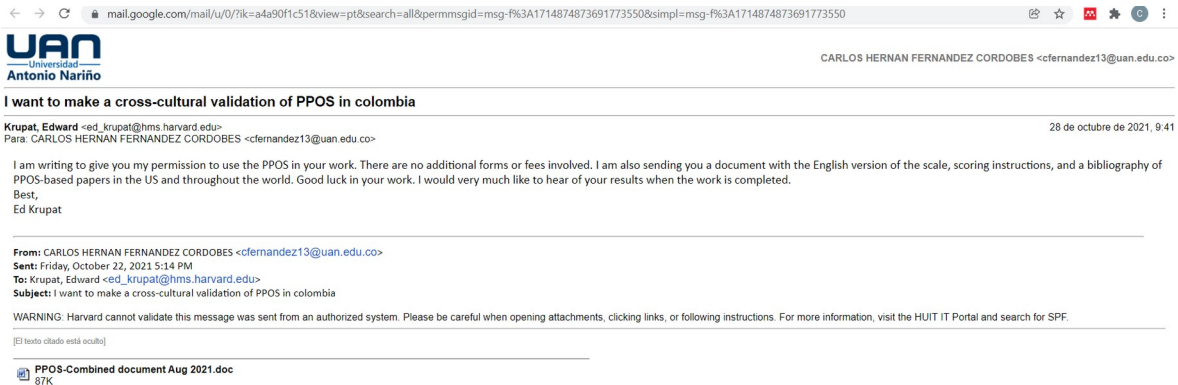


Figura 3. Solicitud y autorización de uso de escala PPOS al autor.

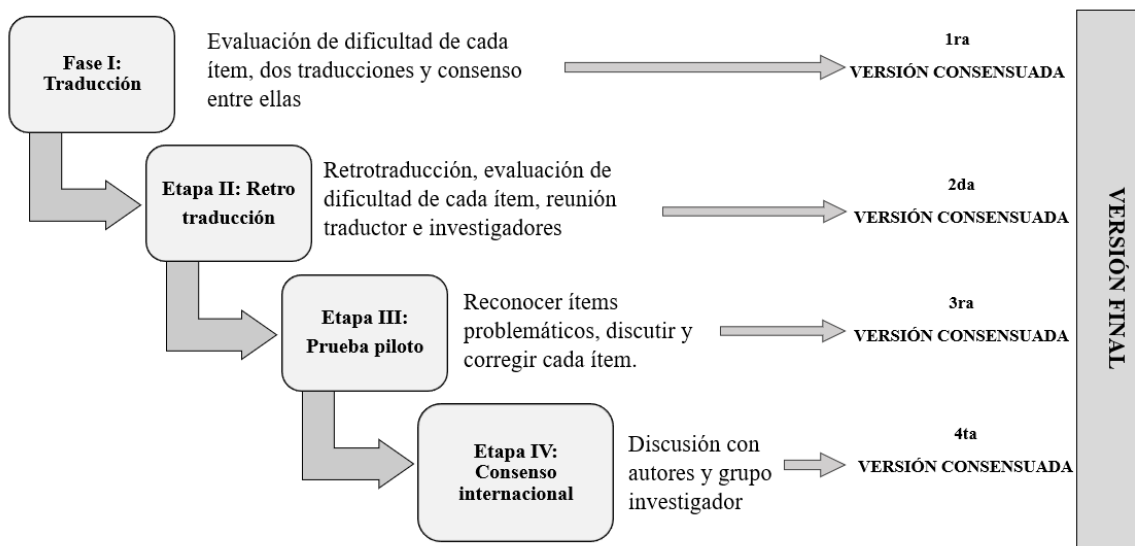


Figura 4. Representación gráfica de las etapas de la adaptación transcultural según la validación lingüística estandarizada.

8.2.1. Etapa I – Traducción directa.

Una primera traducción al español de Colombia se realizó por dos traductores separados, cada uno con perfiles académicos distintos y uno de ellos profesional de la salud, ambos tuvieron como lengua materna el español de Colombia. Esta traducción se llevó a cabo bajo un equivalente conceptual y no como una traducción literal. La traducción evitó términos ofensivos para la población. Se les suministró la escala, incluyendo los ítems de las dos subescalas, las instrucciones y las opciones de respuesta. Esta traducción mantuvo la estructura del cuestionario. Cada uno de los traductores entregó un documento sobre su labor.

- Traductor 1: Estuvo familiarizado y conoció los conceptos que se examinaron en el instrumento, ya que el resultado de su traducción ofreció una perspectiva clínica y médica. Su traducción se denomina T1.
- Traductor 2: No estuvo informado de los conceptos que se cuantifican y no tuvo conocimientos clínicos o médicos, por esta razón detectó significados diferentes que el primer traductor. El objetivo de este segundo traductor fue ofrecer una traducción más coloquial y menos académica. Su traducción se denomina T2 (63).

El documento fue traducido al idioma español hablado en Colombia por dos profesionales bilingües colombianos. Siguiendo el orden comentado en el apartado de metodología el traductor 1 fue un profesional médico con especialidad en anestesiología y nivel de inglés C1. El traductor 2 fue una docente y traductora de inglés a español, también con nivel de inglés. Ningún ítem tuvo una dificultad superior a 3 y la dificultad entre ambas traducciones fue muy similar.

Los traductores evaluaron el grado de dificultad de la traducción de los 18 ítems de la escala PPOS en una escala de 0 – 5 (0 = ninguna dificultad y 5 = máxima dificultad). Para esto se diseñó una rúbrica de traducción.

Se realizó un consenso entre las traducciones T1 y T2 en un trabajo conjunto entre los dos traductores iniciales, el investigador principal y el director de tesis, quienes expidieron un tercer documento, el cual se anexó en el protocolo de investigación y se denominó la primera versión consensuada (64).

8.2.2. Etapa II – Traducción inversa.

Se realizó una traducción inversa por parte de una nativa inglesa y sin conocimientos clínicos, quien realizó la traducción de la primera versión consensuada en español al idioma original inglés. Además, este traductor evaluó el grado de dificultad de retro traducción en una escala de 0 – 5. Luego se realizó una reunión de consenso con el tercer traductor, el investigador principal y el director de tesis para obtener una segunda versión consensuada.

8.2.3. Etapa III – Prueba piloto.

Si bien el concepto de médico paliativista es el de un profesional que trata a personas con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas, incapacitantes o irreversibles, que brinda un apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar durante la enfermedad y el duelo (3), en Colombia no hay más de 350 paliativistas (11) según un reporte del Observatorio colombiano de cuidados paliativos en 2019, por tal razón, se considera que el acceso a esta población de especialistas resulta complejo debido al bajo número de especialistas. Por lo tanto y teniendo en cuenta la Resolución 1416 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se resuelve que el talento humano que puede brindar atención paliativa son los especialistas en cuidado paliativo y, además, los médicos que sin ser especialistas cuentan con certificado de formación para el manejo del dolor y cuidado paliativo, la

población de esta investigación son los médicos que desempeñan sus actividades laborales en cuidados paliativos en Colombia (65).

En este sentido, se realizó una prueba piloto con 42 médicos de cuidados paliativos, y médicos generales o especialistas en otras áreas que cuenten con certificación del manejo de dolor y cuidados paliativos, con experiencia de por lo menos 6 meses en una institución de cuidado paliativo, en las ciudades del eje cafetero, por lo cual se desarrollaron entrevistas cognitivas para lograr equivalencia cognitiva y cultural. Los participantes diligenciaron un consentimiento informado. Para asegurar que se conservara la equivalencia, se recomendó que cada participante fuese interrogado para saber su opinión acerca de cada ítem del cuestionario y la explicación en sus propias palabras de cada ítem, el por qué escogió su respuesta y si considera que se usaron palabras ofensivas en el cuestionario. Se comparó la versión del instrumento traducido con las respuestas dadas por los encuestados (66). Posteriormente, se analizaron los ítems donde se hayan descrito dificultades para obtener la tercera versión consensuada y se utilizó la siguiente clasificación para cada ítem:

	A	Equivalentes a la versión original y no requiere introducir cambios en el ítem
	B1	Requiere introducir cambios de tipo sintáctico y/o semántico para obtener equivalencia
	B2	Requiere introducir cambios relacionados con aspectos culturales para obtener equivalencia
	C	No equivalente, ítem no adecuado para el contexto

Tabla 1. Equivalencias

8.2.4. Etapa IV – Consenso internacional

La tercera versión consensuada fue discutida y ajustada por un grupo formado por los autores del cuestionario, el investigador principal y el director de tesis para obtener la

cuarta versión consensuada, la cual se ajustó por el equipo investigador para obtener la versión final.

6.3. Fase II - Validez de contenido.

La validación de contenido se usa para validar un instrumento diseñado para una población diferente y luego de haber hecho la fase de adaptación transcultural. Escobar y Carretero sugieren determinar si es necesario modificar o eliminar ítems que no consideren relevantes. Se requiere un número impar de expertos y se sugieren entre 7 a 9 expertos (67, 68), Se evaluó por medio de los siguientes criterios:

1. Suficiencia: Los ítems que pertenecen a un mismo factor o dimensión bastan para obtener la medición de éste.
2. Claridad: El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica es adecuada.
3. Coherencia: El ítem tiene relación lógica con el factor o dimensión que está midiendo.
4. Relevancia: El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido.

Se diseñó una planilla de calificación basada en Escobar-Pérez y Cuervo Martínez. Se utilizó la razón de Validez de Contenido de ítems aceptables de acuerdo al criterio de Lawshe modificado (68, 69).

Formación de los expertos:

Los expertos tuvieron experiencia en campos como salud pública, investigación y docencia, con períodos que van desde 6 meses hasta 14 años. Además, se destacó la experiencia en cuidado crónico y paliativo, validación de cuestionarios en salud, enfermería de cuidado intensivo, manejo del dolor crónico, cuidado de pacientes con enfermedad renal terminal y docencia e investigación en cuidados paliativos. Esta diversidad en áreas contribuyeron a una adecuada perspectiva en el campo del cuidado paliativo.

Análisis mediante el modelo de Lawshe:

El Modelo de Lawshe es una herramienta para evaluar la validez de contenido en los cuestionarios. Los expertos evalúan la relevancia de cada ítem y emiten juicios utilizando la escala de clasificación, de esta manera se calcula un índice de validez de contenido para

cada ítem, si alcanza un umbral predefinido, se considera que el ítem es válido. Este modelo asegura que los ítems seleccionados sean representativos del constructo que se desea medir, utilizando la experiencia y el juicio de expertos en el campo.

6.4. Fase III - Validez de constructo.

La validez de constructo determina la estructura real del instrumento y que los ítems de éste muestran coherencia al ser analizados factorialmente. El análisis factorial hace referencia a la validez de constructo de las escalas de medición. La muestra para esta fase se realizó acorde a los propuesto por Campo y Oviedo que indica que es necesario para el cálculo muestral contemplarse tomar y aplicar la encuesta entre 5 a 20 participantes por cada ítem (67). Así mismo, Carretero y Macia sugieren que para el análisis factorial entre mayor sea la muestra se reduce el margen de error para la estimación estadística. Por lo tanto, teniendo en cuenta que son 18 ítems, el instrumento busco ser aplicado a aproximadamente 150 médicos de cuidados paliativos (68, 71).

Se utilizó la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin. La exploración del constructo para la validación se desarrolló mediante el análisis factorial exploratorio, para identificar las posibles agrupaciones dimensionales. Se realizó extracción por componentes principales y rotación Oblimin, el cual permitió realizar un análisis estadístico multivariante para reducir el número de variables interrelacionadas a un número de variables comunes que se denominaron factores, esto con el fin de identificar dimensiones que establecieron relaciones entre los ítems del instrumento. Para el análisis factorial se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25, y así facilitar la interpretación de los resultados (66, 71).

6.5. Fase IV Fiabilidad.

La fiabilidad de un instrumento se refiere a su capacidad cuantificable para proporcionar una estimación precisa del atributo en cuestión, minimizando el margen de error y ofreciendo resultados que se asemejan de manera muy cercana a la verdadera naturaleza del fenómeno que se está estudiando. Además, esta precisión y consistencia de los resultados se mantiene constante a lo largo del tiempo, incluso después de realizar múltiples mediciones con el mismo instrumento; se utilizó el alfa de Cronbach, para realizar la estimación del

porcentaje de error de las mediciones con tal de realizar un análisis de consistencia interna de cada ítem de la escala (34, 68, 72).

En esta fase del estudio, la fiabilidad de las mediciones se evaluó mediante el uso del coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente, ampliamente reconocido, se emplea para medir la consistencia interna de un conjunto de ítems o preguntas presentes en un cuestionario. Valores más altos indican una mayor consistencia entre los ítems y, por lo tanto, una mayor confiabilidad de las mediciones. Se midió la fiabilidad (Grado en que la herramienta mide el constructo sin errores), en dos dimensiones. Se aplicó tanto para el test psicométrico como para cada uno de sus ítems y sus subescalas, un coeficiente de alfa de Cronbach, con un corte superior al 0.7, logrando así garantizar la consistencia de la escala (66). En la figura 5 se resumen las fases II a IV.

Validación	Tipo	Definición	Herramienta estadística
Validez	Contenido	El instrumento mide lo que debe de medir	Razón de Validez de Contenido de ítems aceptables de acuerdo al criterio de Lawshe modificado
	Constructo	Estructura adecuada del instrumento	Análisis factorial
Confiabilidad	Consistencia interna	Uniformidad a lo largo del tiempo	Alfa de Cronbach

Figura 5. Resumen de las fases II, III y IV. Adaptado de Beaton (33)

6.5.1. Participantes

Previa solicitud de autorización por parte de los presidentes de las asociaciones que trabajan en pacientes de cuidados paliativos, para lo cual se realizó un contacto con los médicos de cuidados paliativos agremiados en ASOCUPAC (Asociación Cuidados Paliativos de Colombia), la ACC Paliativos (Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos), la ACED (Asociación Colombiana para el Estudio de Dolor) y la SCARE (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación). Médicos generales o de cualquier otra especialidad que tengan certificación en manejo de dolor y cuidado paliativo, como especialistas que trabajen en poblaciones que requieran atención paliativa, como oncólogos, anestesiólogos, neurocirujanos y fisiatras, participaron de este estudio de acuerdo con lo descrito en la Resolución 1416 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social (65).

6.5.2. Población

Médicos de cuidados paliativos según los parámetros de la Resolución 1416 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social y médicos paliativistas.

Los criterios de inclusión y exclusión se resumen en la siguiente tabla:

Fase	Tipo	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Fase I	Prueba piloto	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos con especialidad en cuidados paliativos o médicos generales o con cualquier otra especialidad que tengan certificado de formación en cuidados paliativos según la Resolución 1416 de 2016. • Actualmente trabajan en el país • Aceptación consentimiento informado 	<ul style="list-style-type: none"> • No disponibilidad de tiempo. • Presentar algún conflicto de interés.
Fase II	Contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Ser experto en cuidados paliativos y/o procesos de validación de instrumentos • Actualmente trabajar en el país. • Aceptación consentimiento informado 	<ul style="list-style-type: none"> • No disponibilidad de tiempo. • Haber trabajado en algún proceso previo del desarrollo del estudio.)
Fase III	Constructo	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos con especialidad en cuidados paliativos o médicos generales o con cualquier otra especialidad que tengan certificado de formación en cuidados paliativos según la Resolución 1416 de 2016. • Actualmente trabajan en el país • Aceptación consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> • No disponibilidad de tiempo • Haber trabajado en algún proceso previo del desarrollo del estudio). • Médicos con especialidad en cuidados paliativos o médicos generales o con cualquier otra especialidad que tengan certificado de formación en cuidados paliativos según la Resolución 1416 de 2016, que hayan participado en la fase I del estudio.
Fase IV	Confiabilidad		

Figura 6. Criterios de inclusión y exclusión.

6.6. Instrumento

La escala PPOS fue desarrollada por Edward Krupat, publicada en la revista *Psychology & Health* en el año 2000, se ha aplicado en grupos de pacientes, estudiantes de medicina,

médicos y especialista (3). La escala cuenta con 18 ítems, que evalúa actitudes de profesionales y se describe en el anexo 1. Las puntuaciones más altas se asocian con mayor satisfacción y confianza y seguridad hacia el médico. Valorando dos subescalas de 9 preguntas cada una. Las calificaciones mayores en la encuesta implican una mayor tendencia a la aplicación del modelo de cuidado centrado en el paciente. La dimensión de compartir, a su vez, plasma dos subdimensiones, la primera, el grado en el cual los médicos deben compartir el poder en la toma de decisiones y la extensión de la información que deben recibir. A su vez, el cuidado, se refiere a la subdimensión de que tan cálido y que tanto apoyo debe recibir el paciente, junto con una segunda subdimensión, que se refiere a como los médicos deben ir más allá de los síntomas del paciente y tratarlos de manera holística (3).

La escala PPOS ha sido adaptada culturalmente a otros idiomas siguiendo un proceso de validación riguroso como el usado en esta investigación. En 2013 Pereira et al realizaron una adaptación transcultural de la escala PPOS al portugués brasileño generando la versión B-PPOS. Luego del permiso del autor de la escala PPOS original (E. Krupat) se realizó una evaluación de confiabilidad, consistencia interna y constructo, presentando en su versión final una adecuada confiabilidad y aceptables parámetros de validez, indicando que la escala genera mediciones precisas (73). En 2014 Kiessling et al publicaron los resultados de su estudio de traducción y validación de constructo de la escala PPOS al alemán, generando una versión PPOS-D12 abreviada de 6 ítems, la cual, tras ser administrada a más de 300 estudiantes alemanes y suizos y probada su validez mediante análisis factorial, demostró ser un instrumento confiable al evaluar el enfoque centrado en el paciente en estudiantes de medicina en países de habla alemana (74). En 2015 se realizó la adaptación transcultural de la escala PPOS al singalés de Sri Lanka también en estudiantes de medicina, profesionales y trabajadores afines a la salud mostrando una versión válida y confiable en ambas subescalas de PPOS (27).

6.7. Análisis de datos

Se utilizó Microsoft Office Excel para tabular los datos. Por su parte, los resultados de la escala fueron escaneados inmediatamente después de diligenciados. Posteriormente se aplicó el Modelo de Lawshe para evaluar la validez de los ítems, respaldado por el

coeficiente alfa de Cronbach para medir la consistencia interna. Posteriormente, se realizó una evaluación de la estructura factorial mediante la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin. La extracción de componentes principales y la rotación Oblimin permitieron un análisis más detallado de la estructura de los datos. Todas estas operaciones se llevaron a cabo utilizando el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25. (64).

6.8. Consideraciones éticas

Se realizó la investigación teniendo en cuenta los señalamientos descritos en la Resolución 8430 de 1993 de normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y que aclara que las instituciones que realizan investigación en humanos deben tener un comité de ética en investigación (75). Esta investigación contó con el aval ético del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Antonio Nariño.

Con base en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y la Protección Social, se ha categorizado la investigación actual como de riesgo mínimo. Esto se debe a que no se realizó una manipulación intencionada de las variables ni una modificación premeditada en el comportamiento de los sujetos investigados. Además, se han seguido las pautas establecidas en el Acuerdo 23 de 2007, que es el Estatuto de propiedad intelectual del Consejo Directivo de la Universidad Antonio Nariño. Este estatuto enfatiza la importancia de proteger los derechos de autor y la propiedad intelectual. Como resultado, se ha otorgado el debido respeto, reconocimiento y referencia a todas las obras consultadas en el desarrollo de la presente investigación, como se documenta en la referencia (75).

Siguiendo la Ley 1915 de 2018 donde se describen las disposiciones en materia de derecho de autor y derechos conexos, se garantizó el cumplimiento estricto de las normas de derecho de autor en la presente tesis, se ha otorgado el debido reconocimiento a todas las fuentes utilizadas, citándolas adecuadamente en el texto y la bibliografía (76).

No existió ningún tipo de restricción para los participantes, en cuanto a consideraciones de color, credo, cultura, entre otras, para garantizar la correcta práctica investigativa. De igual forma se garantizó el conocimiento de los resultados del estudio, su confidencialidad y la libre decisión de retirarse si el participante lo consideraba. La finalidad de esta investigación estuvo destinada a generar un bienestar social a largo plazo a partir de las

mejores en la atención médica que ofrece la implementación de un modelo centrado en el paciente, permitiendo fortalecer el cuidado desde los primeros niveles de atención, de una manera integral y asegurando la toma de decisiones conjuntas y mejorando el diagnóstico, la seguridad y adherencia a los tratamientos del paciente. El principio de beneficencia y no maleficencia se implementó con la intención de promover el bienestar de los participantes y evitar causarles daño. En este contexto, se buscó mejorar la calidad de vida de los participantes mediante un seguimiento cuidadoso y la reducción de riesgos. Esto se logró al mantener una relación positiva entre el investigador y los participantes, dedicando el tiempo necesario para abordar las situaciones que surgieran, priorizando los intereses de los participantes y estableciendo planes de acción en caso de identificar riesgos.

Se utilizaron plataformas digitales para manejar los registros e información de la investigación de forma anónima y confidencial. Con el objetivo de preservar el anonimato en el desarrollo de esta investigación, se evitó registrar nombres o números de identificación en los anexos 2, 3 y 4 utilizando una herramienta virtual. En su lugar, se optó por asignar números a los participantes como una estrategia para organizar y sistematizar la información de manera segura y confidencial. Se diseñaron tres consentimientos informados para cada fase: Consentimiento informado para las entrevistas cognitivas en la fase I. Consentimiento informado para los jueces en la validez de contenido. Consentimiento informado para los participantes en las fases III y IV.

6.9. Cronograma

Tareas	AÑO 1						AÑO 2												
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Pre-requisitos	█	█	█	█	█	█													
Aval comité de Bioética	█	█	█	█	█	█													
Tesis escrita	█	█	█	█	█	█													
Traducción			█	█	█	█													
Búsqueda de traductores			█	█	█	█													
Traducción inicial				█	█	█													
Retrotraducción					█	█													
Avance en trabajo escrito					█	█													
Desarrollo estadístico						█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Pretest							█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Validación y confiabilidad							█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Análisis de datos												█	█	█	█	█	█	█	█
Desarrollo teórico												█	█	█	█	█	█	█	█
Consenso internacional												█	█	█	█	█	█	█	█
Presentación de resultados a autores originales														█	█	█	█	█	█

	AÑO 1						AÑO 2															
Trabajo escrito																						
Desarrollo administrativo																						
Entrega de documentos finales a dirección de posgrados																						
Sustentación oral																						
Finalización																						

Figura 7. Cronograma de actividades

7. PRESUPUESTO:

Ítem	Valor unitario	Cantidad	Subtotal
Laptop	\$ 2.000.000,00	1 \$	2.000.000,00
Conexión a internet mensual	\$ 38.000,00	8 \$	304.000,00
Electricidad	\$ 50.000,00	8 \$	400.000,00
Microsoft Office	\$ 150.000,00	1 \$	150.000,00
Stata 14	\$ -	1 \$	-
Hora traductor 1	\$ 100.000,00	3 \$	300.000,00
Hora traductor 2	\$ 50.000,00	3 \$	150.000,00
Hora Retrotraductor	\$ 80.000,00	2 \$	160.000,00
	Total	\$	3.464.000,00

Figura 8, Presupuesto

8. RESULTADOS.

A continuación, se presentan los resultados de la investigación por cada una de las fases planteadas en la metodología.

8.1. FASE I – TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL

La primera fase constó de cuatro etapas, las cuales se describen y detallan a continuación.

8.1.1. Resultados Etapa I - Traducción primera versión consensuada.

Se diseñó un documento en Microsoft Excel con tres columnas, en la primera estaban todos los enunciados de la escala original en inglés y en la columna del frente cada traductor escribía su traducción, la tercera columna constaba de una calificación de 0 a 5 donde el traductor evaluaba el grado de dificultad para realizar la traducción de cada uno de los ítems. Ningún ítem tuvo una dificultad superior a 3 y la dificultad entre ambas traducciones fue muy similar. En la traducción médica el promedio del grado de dificultad para los 18 ítems fue de 1,88, con la mayoría de ítems calificados con dificultad 2 (Fig 9). Con resultados muy similares, en la traducción coloquial el promedio de dificultad fue 1,83, con una mayoría de ítems calificados con 1 sobre 5 (Tabla 1). En la traducción médica promedio del grado de dificultad para los 18 ítems fue de 1,88 mientras que en la traducción coloquial fue de 1,83 (Tabla 1 y 2). Posteriormente se logró consolidar un único instrumento (Versión 1) desde la comparación entre traducciones y resolviendo discrepancias según principios lingüísticos, experiencias profesionales y personales e interés del estudio (Tabla 3).

Traducción médica		
Original	Traducción médica	G
The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit.	El médico es quien decide de qué se habla durante la consulta.	1
Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances.	A pesar de que la atención en salud es menos personalizada en estos días, eso es un precio bajo para pagar debido a los grandes avances en medicina.	3
The most important part of the standard medical visit is the physical exam.	La parte más importante de la visita médica regular es el examen físico.	1
It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition.	Frecuentemente lo mejor para los pacientes es no tener una total explicación de su condición médica.	2
Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own.	Los pacientes deben confiar en el conocimiento de su médico y no tratar de encontrar información sobre su condición médica por si solos.	1
When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters.	Cuando un médico hace muchas preguntas al paciente sobre sus antecedentes, es que quiere inmiscuirse mucho en los asuntos personales del paciente.	2
If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important.	Si los médicos son realmente buenos diagnosticando y realizando tratamientos, la forma en que se relacionan con los pacientes no es tan importante.	1
Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new.	Muchos pacientes continúan haciendo preguntas a pesar de que no están aprendiendo nada nuevo.	2
Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status.	Los pacientes deben ser tratados como si fueran pares con el médico, con igualdad de poder y estatus.	3
Patients generally want reassurance rather than information about their health.	Los pacientes generalmente quieren seguridad, más que información, acerca de su condición médica.	3
If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success.	Si las principales herramientas del médico son ser abierto y cálido, éste no tendrá mucho éxito.	2
When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's respect and trust.	Cuando los pacientes están en desacuerdo con el médico, esto es un signo de que el médico no tiene el respeto ni la	2

Traducción médica		
Original	Traducción médica	G
	credibilidad de los pacientes.	
A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values.	Un plan de tratamiento no puede tener éxito si éste entra en conflicto con el estilo de vida y los valores del paciente.	1
Most patients want to get in and out of the doctor's office as quickly as possible.	La mayoría de los pacientes quieren salir lo más rápido posible de la consulta médica.	2
The patient must always be aware that the doctor is in charge	El paciente siempre debe darse cuenta de que el médico es quien está a cargo de la situación.	2
It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness.	No es muy importante saber la cultura y los antecedentes del paciente para poder tratarle una enfermedad.	2
Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient.	Un buen sentido del humor es el mayor ingrediente en el tratamiento del paciente.	3
When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.	Cuando los pacientes buscan información médica por su propia cuenta, lo usual es que esto confunda más de lo que puede ayudar.	1

Tabla 2. Traducción médica de la primera versión consensuada. Basado a partir de escala PPOS (3)

Traducción coloquial		
Original	Traducción coloquial	G
The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit.	El médico es quien debería decidir lo que se habla durante una visita	1
Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances.	Aunque el cuidado de la salud es personal estos días, esto es un pequeño precio para pagar por los avances médicos	3
The most important part of the standard medical visit is the physical exam.	La parte más importante de la visita médica estándar es el examen físico	1
It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition.	Es frecuentemente mejor para los pacientes si ellos no tienen una explicación total de su condición médica	2
Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own.	Los pacientes deberían confiar en el conocimiento del médico y no tratar de darse cuenta de su condición ellos solos	2
When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters.	Cuando los médicos preguntan mucho sobre el contexto de los pacientes, ellos se están entrometiendo en asuntos personales	3
If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important.	si los médicos son realmente buenos en diagnóstico y tratamiento, la manera en que se relacionen con los pacientes no es tan importante	1
Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new.	Muchos pacientes continúan haciendo preguntas, aunque no estén aprendiendo algo nuevo.	3
Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status.	Los pacientes deberían ser tratados como si fueran compañeros con el médico, igual en poder y estatus	3
Patients generally want reassurance rather than information about their health.	Los pacientes generalmente quieren aseguración en vez de información sobre su salud	1
If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success.	Si las herramientas principales de un médico son ser abierto y cálido, El médico no tendrá mucho éxito	3
When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's respect and trust.	Cuando los pacientes están en desacuerdo con su médico, esto es un signo de que el médico no tiene el respeto y la confianza del paciente.	1
A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values.	Un plan de tratamiento no puede ser exitoso si está en conflicto con el estilo de vida o los valores del paciente	1

Traducción coloquial		
Original	Traducción coloquial	G
Most patients want to get in and out of the doctor's office as quickly as possible.	La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la oficina del médico tan rápido como sea posible	2
The patient must always be aware that the doctor is in charge	El paciente debe siempre estar consciente que el médico está a cargo	2
It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness.	No es tan importante conocer la cultura y contexto del paciente para tratar la enfermedad de la persona	1
Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient.	El humor es el mayor ingrediente en el trato del médico al paciente	2
When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.	Cuando el paciente busca información médica por cuenta propia, esto usualmente confunde más que lo que ayuda.	1

Tabla 3. Traducción coloquial (T2) de la primera versión consensuada. Basado a partir de escala PPOS (3)

Traducción consensuada		
Traducción médica	Traducción coloquial	Traducción consensuada
El médico es quien decide de qué se habla durante la consulta.	El médico es quien debería decidir lo que se habla durante una visita	El médico es quien debería decidir lo que se habla durante una consulta.
A pesar de que la atención en salud es menos personalizada en estos días, eso es un precio bajo para pagar debido a los grandes avances en medicina.	Aunque el cuidado de la salud es personal estos días, esto es un pequeño precio para pagar por los avances médicos	Pese a que la atención en salud es menos personalizada en estos días, es un precio bajo para pagar debido a los grandes avances en medicina.
La parte más importante de la visita médica regular es el examen físico.	La parte más importante de la visita médica estándar es el examen físico	La parte más importante de la visita médica general es el examen físico

Frecuentemente lo mejor para los pacientes es no tener una total explicación de su condición médica.	Es frecuentemente mejor para los pacientes si ellos no tienen una explicación total de su condición medica	En la mayoría de los casos lo mejor para los pacientes es no tener una explicación detallada de su condición médica.
Los pacientes deben confiar en el conocimiento de su médico y no tratar de encontrar información sobre su condición médica por si solos.	Los pacientes deberían confiar en el conocimiento del médico y no tratar de darse cuenta de su condición ellos solos	Los pacientes deberían confiar en el conocimiento del médico y no tratar de encontrar información de su condición por ellos mismos
Cuando un médico hace muchas preguntas al paciente sobre sus antecedentes, es que quiere inmiscuirse mucho en los asuntos personales del paciente.	Cuando los médicos preguntan mucho sobre el contexto de los pacientes, ellos se están entrometiendo en asuntos personales	Cuando un médico hace muchas preguntas al paciente sobre sus antecedentes, es que quiere inmiscuirse mucho en los asuntos personales del paciente.
Si los médicos son realmente buenos diagnosticando y realizando tratamientos, la forma en que se relacionan con los pacientes no es tan importante.	si los médicos son realmente buenos en diagnóstico y tratamiento, la manera en que se relacionen con los pacientes no es tan importante	Si los médicos son realmente buenos diagnosticando y realizando tratamientos la forma en que se relacionan con los pacientes no es tan importante.
Muchos pacientes continúan haciendo preguntas a pesar de que no están aprendiendo nada nuevo.	Muchos pacientes continúan haciendo preguntas, aunque no estén aprendiendo algo nuevo.	Muchos pacientes continúan haciendo preguntas, aunque no estén aprendiendo algo nuevo.
Los pacientes deben ser tratados como si fueran pares con el médico, con igualdad de poder y estatus.	Los pacientes deberían ser tratados como si fueran compañeros con el médico, igual en poder y estatus	Los pacientes deberían ser tratados como si fueran compañeros con el médico, iguales en poder y estatus
Los pacientes generalmente quieren seguridad, más que información, acerca de su condición médica.	Los pacientes generalmente quieren aseguración en vez de información sobre su salud	Los pacientes generalmente quieren sentir confianza en vez de información sobre su salud
Si las principales herramientas del médico son ser abierto y cálido, éste no tendrá mucho éxito.	Si las herramientas principales de un médico son ser abierto y cálido, El médico no tendrá mucho éxito	Si las principales herramientas del médico son ser abierto y cálido este médico no tendrá mucho éxito.

Cuando los pacientes están en desacuerdo con el médico, esto es un signo de que el médico no tiene el respeto ni la credibilidad de los pacientes.	Cuando los pacientes están en desacuerdo con su médico, esto es un signo de que el médico no tiene el respeto y la confianza del paciente.	Cuando los pacientes están en desacuerdo con su médico esto es un signo de que el médico no tiene el respeto y la confianza del paciente.
Un plan de tratamiento no puede tener éxito si éste entra en conflicto con el estilo de vida y los valores del paciente.	Un plan de tratamiento no puede ser exitoso si está en conflicto con el estilo de vida o los valores del paciente	Un plan de tratamiento no puede tener éxito si éste entra en conflicto con el estilo de vida y los valores del paciente.
La mayoría de los pacientes quieren salir los más rápido posible de la consulta médica.	La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la oficina del médico tan rápido como sea posible	La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la consulta médica tan rápido como sea posible
El paciente siempre debe darse cuenta de que el médico es quien está a cargo de la situación.	El paciente debe siempre estar consciente que el médico está a cargo	El paciente siempre debe darse cuenta de que el médico es quien está a cargo de la situación.
No es muy importante saber la cultura y los antecedentes del paciente para poder tratarle una enfermedad.	No es tan importante conocer la cultura y contexto del paciente para tratar la enfermedad de la persona	No es tan importante conocer la cultura y contexto del paciente para tratar la enfermedad de la persona
Un buen sentido del humor es el mayor ingrediente en el tratamiento del paciente.	El humor es el mayor ingrediente en el trato del médico al paciente	El buen sentido del humor es el mayor ingrediente en el trato del médico al paciente
Cuando los pacientes buscan información médica por su propia cuenta, lo usual es que esto confunda más de lo que puede ayudar.	Cuando el paciente busca información médica por cuenta propia, esto usualmente confunde más que lo que ayuda.	Cuando los pacientes buscan información médica por su propia cuenta lo usual es que esto confunda más al paciente de lo que puede ayudar.

Tabla 4. Traducción primera versión consensuada. Basado a partir de escala PPOS (3)

8.1.2. Resultados Etapa II - Retro traducción. Segunda versión consensuada.

Para verificar una traducción coherente, el documento consensuado fue retro traducido del español al inglés por medio de un hablante bilingüe nativo de Inglaterra, de profesión docente y músico, con nivel de español de B2 y sin conocimientos médicos (Tabla 4).

Retro traducción
1. The doctor is the one who decides what to talk about during the consultation.
2. Even though healthcare is less personalized these days, that is a low price to pay due to the great advances in medicine.
3. The most important part of the regular medical visit is the physical exam.
4. Frequently, the best thing for patients is not to have a full explanation of their medical condition.
5. Patients should trust the knowledge of their doctor and not try to find information about their medical condition on their own.
6. When a doctor asks a patient many questions about their medical history, he or she wants to get involved in the patient's personal affairs.
7. If doctors are really good at diagnosing and providing treatments, the way they relate to patients is not that important.
8. Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new.
9. Patients should be treated as if they were peers with the doctor, with equal power and status.
10. Patients usually want safety rather than information about their medical condition.
11. If the doctor's main tools are to be open and warm, he or she won't be very successful.
12. When patients disagree with the doctor, this is a sign that the doctor does not have the respect or credibility from the patients.
13. A treatment plan cannot be successful if it conflicts with the patient's lifestyle and values.
14. Most patients want to leave the doctor's office as soon as possible.
15. The patient should always realize that the doctor is in charge of the situation.
16. It is not very important to know the culture and background of the patient in order to treat a disease.
17. A good sense of humor is the main ingredient in the patient's treatment.
18. When patients look for medical information on their own, this usually confuses more than it can help.

*Tabla 5. Retro traducción, segunda versión consensuada. Basado a partir de escala PPOS
(3)*

8.1.3. Resultados Etapa III - Prueba piloto. Tercera versión consensuada.

Se realizaron 42 entrevistas cognitivas, 29 de forma presencial y 13 por medio de videollamada a través de plataformas virtuales, todas las entrevistas quedaron grabadas, 13 en forma de video y 29 en formato de audiovisual, de acuerdo con la preferencia del entrevistado y luego de aceptar el consentimiento informado. 25 de los entrevistados eran médicos especialistas quienes trabajan con pacientes paliativos y 17 médicos generales que trabajan con esta población. Las cuales se detallan en la tabla 5 y 6.

Dificultad

Se evaluó la dificultad entender las preguntas de la escala. Todos los ítems obtuvieron más del 90.47% de aprobación, con un promedio de 97.08%. El ítem 1, "El médico decide el contenido de la consulta", presentó dificultad para 4 de 42 entrevistados. Además, 29 entrevistados no experimentaron dificultades con ninguno de los 18 ítems del cuestionario, como se muestra en la tabla 5.

Ofensividad

Se evaluó la ofensividad de los ítems en la hoja correspondiente. Todos los ítems obtuvieron más del 92.85% de aprobación, con un promedio de 98.01%. El ítem 6, "Cuando un médico hace muchas preguntas al paciente sobre sus antecedentes, es que quiere inmiscuirse mucho en los asuntos personales del paciente", resultó ofensivo para 3 de 42 entrevistados. Además, 32 entrevistados no encontraron ningún ítem ofensivo entre los 18 del cuestionario, como se muestra en la tabla 6.

Cambios

Se analizó si se realizarían cambios en cada ítem. Todos los ítems tuvieron al menos un 92.85% de aprobación para no realizar cambios, con un promedio del 96.95% para los 18 ítems. El ítem 9 tuvo el mayor número de sugerencias, con un 9.53%. Los ítems 1, 2 y 8 tuvieron sugerencias del 7.15%, mientras que los ítems 6, 11 y 15 tuvieron un 4.77%. Los ítems 3, 4, 7 y 17 solo tuvieron sugerencias del 2.39%. Los siete ítems restantes no recibieron sugerencias de cambio. Aunque ningún ítem superó el 10% de sugerencias, se recopilaron y detallaron en la tabla 8.

En la tabla 9 se comparan los resultados de los evaluados en todos los ítems y se comparan los porcentajes totales de aprobación de cada parámetro. Además, se realizó el análisis de los ítems calificados con A (Equivalentes a la versión original y no requiere introducir cambios en el ítem), y 8 ítems con B1 (Requiere introducir cambios de tipo sintáctico y/o semántico para obtener equivalencia), ningún ítem se calificó como B2 o C.

EVALUACIÓN DE DIFICULTAD DE CADA ÍTEM																		
# Entrevistado	Número de ítem																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Entrevistado 1	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 2	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 3	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No
Entrevistado 4	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 5	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 6	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 7	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 8	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 9	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 10	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 11	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 12	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 13	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 14	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 15	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 16	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 17	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 18	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 19	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 20	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No
Entrevistado 21	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 22	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 23	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 24	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 25	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 26	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 27	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 28	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No
Entrevistado 29	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 30	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 31	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 32	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 33	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 34	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 35	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No	No
Entrevistado 36	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 37	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 38	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 39	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 40	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 41	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistado 42	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
% aprobación	90,47	92,85	100	95,23	97,61	100	100	95,23	97,61	95,23	95,23	97,61	97,61	97,61	97,61	100	97,61	100

Tabla 6. Evaluación de dificultad de cada ítem.

EVALUACIÓN DE OFENSIVIDAD DE CADA ÍTEM																		
# Entrevistado	Número de ítem																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Entrevistador 1	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 2	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Entrevistador 3	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 4	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 5	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 6	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 7	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 8	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 9	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 10	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 11	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 12	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 13	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 14	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 15	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 16	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 17	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 18	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 19	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 20	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 21	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 22	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 23	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Entrevistador 24	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No
Entrevistador 25	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 26	No	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 27	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 28	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 29	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 30	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 31	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 32	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 33	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 34	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 35	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 36	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No
Entrevistador 37	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 38	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 39	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 40	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No
Entrevistador 41	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 42	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
% aprobación	100	95,23	100	97,61	95,23	92,85	97,61	100	100	100	97,61	100	95,23	100	97,61	100	95,23	100

Tabla 7. Evaluación de la ofensividad de cada ítem

EVALUACIÓN DE CAMBIOS A CADA ÍTEM																		
# Entrevistador	Número de ítem																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Entrevistador 1	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 2	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 3	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No
Entrevistador 4	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 5	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 6	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 7	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 8	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 9	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 10	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 11	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 12	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 13	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 14	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 15	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 16	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 17	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 18	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 19	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 20	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 21	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 22	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 23	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 24	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 25	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 26	No	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 27	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 28	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 29	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 30	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 31	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 32	No	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 33	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 34	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 35	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No
Entrevistador 36	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 37	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 38	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 39	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 40	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No
Entrevistador 41	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Entrevistador 42	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
% aprobación	92,85	92,85	97,61	97,61	100	95,23	97,61	92,85	90,47	100	95,23	100	100	100	95,23	100	97,61	100

Tabla 8. Evaluación de cambios a los ítems

SUGERENCIAS DE CAMBIO A LOS ÍTEMS	
1	El médico es quien debería decidir lo que se habla durante una consulta
	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la información que piensa usted que le debe brindar al paciente durante la atención?
	<ul style="list-style-type: none"> Debe ser como definir cómo se habla durante la consulta
	<ul style="list-style-type: none"> Explicar puntualmente sobre que se habla
2	Pese a que la atención en salud es menos personalizada en estos días, es un precio bajo a pagar debido a los grandes avances en medicina
	<ul style="list-style-type: none"> Teniendo en cuenta que la atención personalizada en salud
	<ul style="list-style-type: none"> La falta de individualización en la atención en salud se ve compensada por los grandes avances en la medicina
	<ul style="list-style-type: none"> La atención personalizada y el humanismo o medicina centrada en las necesidades del paciente se deben sacrificar por los avances en la medicina
3	La parte más importante de la visita médica general es el examen físico
	<ul style="list-style-type: none"> No solo el examen físico si no la entrevista
4	En la mayoría de los casos lo mejor para los pacientes es no tener una explicación detallada de su condición médica.
	<ul style="list-style-type: none"> Preguntaría que estrategias utilizaría en la consulta para dar una información clara de acuerdo con el nivel cultural del paciente
5	Los pacientes deberían confiar en el conocimiento del médico y no tratar de encontrar información de su condición por ellos mismos
6	Cuando un médico hace muchas preguntas al paciente sobre sus antecedentes, es que quiere inmiscuirse mucho en los asuntos personales del paciente.
	<ul style="list-style-type: none"> Inmiscuirse por interceder
	<ul style="list-style-type: none"> Cambiar la palabra inmiscuirse
7	Si los médicos son realmente buenos diagnosticando y realizando tratamientos la forma en que se relacionan con los pacientes no es tan importante.
	<ul style="list-style-type: none"> La redactaría en función de establecer una adecuada relación médico paciente
8	Muchos pacientes continúan haciendo preguntas, aunque no estén aprendiendo algo nuevo.
	<ul style="list-style-type: none"> Muchos pacientes hacen preguntas que no profundizan y ramifican la consulta
	<ul style="list-style-type: none"> El paciente debe preguntar muchas veces lo mismo para entender
	<ul style="list-style-type: none"> Cómo buscar aclarar las dudas del paciente
9	Los pacientes deberían ser tratados como si fueran compañeros con el médico, iguales en poder y estatus
	<ul style="list-style-type: none"> Confianza con respecto a que
	<ul style="list-style-type: none"> No como compañero sino como confesión/confianza
	<ul style="list-style-type: none"> No le gusta la palabra compañeros. Le parece no clara. Le pondría relación igualitaria
	<ul style="list-style-type: none"> Cómo debería establecer la comunicación con el paciente manteniendo una adecuada relación médico paciente
10	Los pacientes generalmente quieren sentir confianza en vez de información sobre su salud
11	Si las principales herramientas del médico son ser abierto y cálido este médico no tendrá mucho éxito.
	<ul style="list-style-type: none"> Con base en la siguiente afirmación
	<ul style="list-style-type: none"> Si las principales características del médico es ser cálido y abierto, el tenerlas no garantiza su éxito profesional
12	Cuando los pacientes están en desacuerdo con su médico esto es un signo de que el médico no tiene el respeto y la confianza del paciente.
13	Un plan de tratamiento no puede tener éxito si éste entra en conflicto con el estilo de vida y los valores del paciente.
14	La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la consulta médica tan rápido como sea posible
15	El paciente siempre debe darse cuenta de que el médico es quien está a cargo de la situación.
	<ul style="list-style-type: none"> La situación debe especificarse
	<ul style="list-style-type: none"> El paciente establece una comunicación asertiva con su médico tratante y llegan a un acuerdo dentro de las opciones de tratamiento
16	No es tan importante conocer la cultura y contexto del paciente para tratar la enfermedad de la persona
17	El buen sentido del humor es el mayor ingrediente en el trato del médico al paciente
	<ul style="list-style-type: none"> Le quitaría la parte de "mayor"
18	Cuando los pacientes buscan información médica por su propia cuenta lo usual es que esto confunda más al paciente de lo que puede ayudar

Tabla 9. Sugerencias de cambios a ítems.

Los ítems originales se encuentran resaltados en amarillo, las sugerencias están si resaltar, los ítems sin ninguna sugerencia de cambio están en color verde. Basado a partir de escala PPOS (3)

PARÁMETRO	Dificultad	Ofensividad	Cambios	Calificación
1	90,48	100	92,86	B1
2	92,86	95,24	92,86	B1
3	100	100	97,62	A
4	95,24	97,62	97,62	B1
5	97,62	95,24	100	A
6	100	92,86	95,24	A
7	100	97,62	97,62	A
8	95,24	100	92,86	B1
9	97,62	100	90,48	B1
10	95,24	100	100	A
11	95,24	97,62	95,24	A
12	97,62	100	100	A
13	97,62	95,24	100	A
14	97,62	100	100	A
15	97,62	97,62	95,24	B1
16	100	100	100	A
17	97,62	95,24	97,62	B1
18	100	100	100	A
Media	97,09	98,02	96,96	

Tabla 10. Comparación de parámetros evaluados.

Por otro lado, a partir de los resultados obtenidos en la prueba piloto, se elaboró una tercera versión consensuada con el equipo investigador.

Versión consensuada después de la prueba piloto	
1	El médico debería decidir lo que se habla durante la consulta.
2	Los notables avances en la medicina compensan la falta de personalización en la atención médica actual.
3	El examen físico es la parte más importante de la consulta médica.
4	En la mayoría de los casos lo mejor para los pacientes es no tener una explicación detallada de su condición médica.
5	Los pacientes deberían confiar en el conocimiento del médico y no buscar información de su condición por ellos mismos.
6	Cuando un médico hace muchas preguntas al paciente sobre sus antecedentes es que quiere indagar mucho en los asuntos personales del paciente.
7	La forma en que se relacionan los médicos con los pacientes no es relevante desde que sean buenos diagnosticando y realizando el tratamiento a los pacientes.
8	Muchos pacientes hacen preguntas en consulta, aunque no estén aprendiendo algo nuevo.

9	Los pacientes deberían ser tratados como si fueran compañeros del médico, iguales en jerarquía y estatus.
10	Los pacientes generalmente quieren sentir confianza en lugar de información sobre su salud.
11	Si las principales herramientas del médico son la sinceridad y la calidez este médico no tendrá mucho éxito.
12	El desacuerdo de los pacientes con su médico es un signo de falta de respeto y confianza hacia el médico.
13	Un plan de tratamiento no puede tener éxito si afecta el estilo de vida y los valores del paciente.
14	La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la consulta médica tan rápido como sea posible.
15	El paciente siempre debe darse cuenta de que el médico es quien está a cargo de la situación.
16	No es tan importante conocer la cultura y contexto del paciente para tratar su enfermedad.
17	El buen sentido del humor es el componente más importante en el trato del médico al paciente.
18	Cuando los pacientes buscan información médica por su propia cuenta suele generar más confusión que ayuda a los pacientes

Tabla 11. Tercera versión consensuada. Basado a partir de escala PPOS (3)

ETAPA IV – CONSENSO INTERNACIONAL:

En la fase de consenso internacional, se estableció comunicación por correo electrónico con el Dr. Edward Krupat para enviar la última versión traducida de la escala la cual fue aceptada. (Figura 9).

De: Krupat, Edward <ed_krupat@hms.harvard.edu>
 Date: mar, 28 de mar. de 2023 1:50 p. m.
 Subject: Re: Colombian PPOS translation
 To: CARLOS HERNAN FERNANDEZ CORDOBES <cfernandez13@uan.edu.co>

Dear Dr. Hernandez,

Many thanks for sending me the translation of the PPOS accomplished by you and your team. I am pleased to see the excellent work you have done, and agree with you that your translation should be of significant use to practitioners and researchers in Colombia and beyond. I also appreciate your kind words, and agree that anything that you or I can do to promote patient-centered care is a step toward improved outcomes for patients. The PPOS has now been translated into more than 30 languages, which attests to the interest in patient-centered care throughout the world. Once again, thank you for sending me your translation. If and when you have any findings based on the use of the scale, I would very much be interested in seeing them, and I would be glad to be of use in any way as you proceed in your work.

Best,

Ed Krupat

Edward Krupat, PhD
 Director, Center for Evaluation (retired)
 Harvard Medical School

Figura 9. Correo electrónico de aceptación y respaldo del autor original.

8.2. RESULTADOS FASE II - VALIDEZ DE CONTENIDO.

Se utilizaron las valoraciones de 7 jueces, se observa una diversidad de profesionales de la salud especializados en diferentes áreas. Los participantes incluyen médicos cirujanos con especialización en medicina del dolor y cuidado paliativo, médicos generales con especialización en anestesia y reanimación, así como enfermeras con maestrías y doctorados en enfermería y ciencias de la salud. También se destaca la presencia de una profesional con maestría en psicología, experta en psicometría. Esta variedad de formaciones académicas proporciona una perspectiva multidisciplinaria valiosa para abordar los temas relacionados con el cuidado paliativo y la gestión del dolor.

Análisis mediante el modelo de Lawshe.

Según el análisis de la validez de contenido basado en el modelo de Lawshe, si uno de los ítems obtenía un valor de validez de contenido inferior al umbral establecido (0.58), la recomendación es retirar el ítem del instrumento, debido a que se estima una baja validez de contenido por lo cual no se considera adecuado para medir el constructo deseado y puede afectar la calidad global del instrumento. Es importante realizar este tipo de análisis exhaustivo para asegurar que los ítems seleccionados sean consistentes en términos de relevancia y representatividad del constructo en estudio, lo que permite mejorar la precisión y validez del instrumento (Ver Tabla 11).

Por tal razón, se tomó la decisión de eliminar el ítem número 4 del cuestionario: *"En la mayoría de los casos lo mejor para los pacientes es no tener una explicación detallada de su condición médica"*. Este ítem ha obtenido un valor de validez de contenido menor al umbral establecido (0,571), lo que indica que no es considerado relevante ni representativo para medir el constructo del instrumento. Al retirar este ítem, se buscó mejorar la calidad del instrumento y asegurar que los ítems restantes sean consistentes y adecuados para evaluar el constructo deseado. En la Tabla 12 se detalla la versión corregida de la escala luego de los ajustes de este análisis.

Análisis estadístico mediante Modelo de Lawshe

Ítem	Esencial	Útil	CVR'	ACEPTABLE	CVI
1. El médico debería decidir lo que se habla durante la consulta.	5	2	0,714285714	X	0,73949580
2. Los notables avances en la medicina compensan la falta de personalización en la atención médica actual.	6	1	0,857142857	X	
3. El examen físico es la parte más importante de la consulta médica.	5	2	0,714285714	X	
4. En la mayoría de los casos lo mejor para los pacientes es no tener una explicación detallada de su condición médica.	4	3	0,571428571	INACEPTABLE	
5. Los pacientes deberían confiar en el conocimiento del médico y no buscar información de su condición por ellos mismos.	5	2	0,714285714	X	
6. Cuando un médico hace muchas preguntas al paciente sobre sus antecedentes es que quiere indagar mucho en los asuntos personales del paciente.	5	2	0,714285714	X	
7. La forma en que se relacionan los médicos con los pacientes no es relevante desde que sean buenos diagnosticando y realizando el tratamiento a los pacientes.	5	2	0,714285714	X	
8. Muchos pacientes hacen preguntas en consulta, aunque no estén aprendiendo algo nuevo.	5	2	0,714285714	X	
9. Los pacientes deberían ser tratados como si fueran compañeros del médico, iguales en jerarquía y estatus.	5	2	0,714285714	X	
10. Los pacientes generalmente quieren sentir confianza en lugar de información sobre su salud.	5	2	0,714285714	X	

11. Si las principales herramientas del médico son la sinceridad y la calidez este médico no tendrá mucho éxito.	5	2	0,714285714	X
12. El desacuerdo de los pacientes con su médico es un signo de falta de respeto y confianza hacia el médico.	5	2	0,714285714	X
13. Un plan de tratamiento no puede tener éxito si afecta el estilo de vida y los valores del paciente.	6	1	0,857142857	X
14. La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la consulta médica tan rápido como sea posible.	5	2	0,714285714	X
15. El paciente siempre debe darse cuenta de que el médico es quien está a cargo de la situación.	5	2	0,714285714	X
16. No es tan importante conocer la cultura y contexto del paciente para tratar su enfermedad.	6	1	0,857142857	X
17. El buen sentido del humor es el componente más importante en el trato del médico al paciente.	5	2	0,714285714	X
18. Cuando los pacientes buscan información médica por su propia cuenta suele generar más confusión que ayuda a los pacientes	5	2	0,714285714	X

Tabla 12. Análisis estadístico mediante Modelo de Lawshe. Basado a partir de escala PPOS (3)

Escala de Orientación Médico-Paciente	
1	El médico debería decidir lo que se habla durante la consulta.
2	Los notables avances en la medicina compensan la falta de personalización en la atención médica actual.

3	El examen físico es la parte más importante de la consulta médica.
4	Los pacientes deberían confiar en el conocimiento del médico y no buscar información de su condición por ellos mismos.
5	Cuando un médico hace muchas preguntas al paciente sobre sus antecedentes es que quiere indagar mucho en los asuntos personales del paciente.
6	La forma en que se relacionan los médicos con los pacientes no es relevante desde que sean buenos diagnosticando y realizando el tratamiento a los pacientes.
7	Muchos pacientes hacen preguntas en consulta, aunque no estén aprendiendo algo nuevo.
8	Los pacientes deberían ser tratados como si fueran compañeros del médico, iguales en jerarquía y estatus.
9	Los pacientes generalmente quieren sentir confianza en lugar de información sobre su salud.
10	Si las principales herramientas del médico son la sinceridad y la calidez este médico no tendrá mucho éxito.
11	El desacuerdo de los pacientes con su médico es un signo de falta de respeto y confianza hacia el médico.
12	Un plan de tratamiento no puede tener éxito si afecta el estilo de vida y los valores del paciente.
13	La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la consulta médica tan rápido como sea posible.
14	El paciente siempre debe darse cuenta de que el médico es quien está a cargo de la situación.
15	No es tan importante conocer la cultura y contexto del paciente para tratar su enfermedad.
16	El buen sentido del humor es el componente más importante en el trato del médico al paciente.
17	Cuando los pacientes buscan información médica por su propia cuenta suele generar más confusión que ayuda a los pacientes

Tabla 13. Versión corregida de la escala luego de análisis de validez de contenido. Basado a partir de escala PPOS (3)

8.3. RESULTADOS FASE III - VALIDEZ DE CONSTRUCTO.

La Validación de Constructo se realizó para evaluar la idoneidad de los datos recopilados para llevar a cabo análisis factoriales. Se utilizaron dos pruebas clave: la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (77).

Prueba de esfericidad de Bartlett:

La prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor estadístico significativo de 1453,142 con 136 grados de libertad ($p < 0,000$). Este resultado indica que existe una correlación significativa entre las variables analizadas, lo que justifica la aplicabilidad de análisis factoriales en el conjunto de datos (Tabla 13).

El índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue calculado y obtuvo un valor de 0,884. Este valor, que se encuentra en el rango de 0 a 1, indica una adecuada idoneidad para el análisis factorial. Un KMO superior a 0,7 generalmente se considera adecuado para proceder con el análisis factorial, y en este caso, el valor de 0,884 refuerza la idoneidad de los datos para dicho análisis.

Estos resultados respaldan la validez de constructo de los datos recopilados y sugieren que son adecuados para llevar a cabo análisis factoriales con confianza.

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,884
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	1453,142
	gl	136
	Sig.	,000

Tabla 14. La prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor de 1453,142 ($df=136$, $p<0,000$) y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,884, lo que indica idoneidad para los análisis factoriales.

Varianza total y matriz de estructura:

El análisis factorial de la versión COL-PPOS arrojó una solución óptima con tres factores distintos. Estos factores en conjunto explican el 62,14% de la varianza total. El primer factor tiene un valor propio de 6,48 y explica el 38,15% de la varianza total. El segundo factor, con un valor propio de 2,62, aporta un 15,43% de la varianza total, mientras que el tercer factor, con un valor propio de 1,45, contribuye con un 8,57% de la varianza total. En conjunto, estos tres factores acumulan el 62,14% de la varianza total explicada.

La construcción de estos tres factores resulta adecuada para medir la orientación médico-paciente de manera precisa. En términos de varianza, el instrumento demuestra que se ha

explicado el 62,14% de la varianza total, lo que respalda la consistencia de la estructura factorial y valida cada uno de los constructos.

VARIANZA TOTAL EXPLICATIVA							
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		Sumas de cargas al cuadrado de la extracción	Sumas de cargas al cuadrado de la rotación ^a
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total
1	6,486	38,155	38,155	6,486	38,155	38,155	5,625
2	2,622	15,424	53,579	2,622	15,424	53,579	4,019
3	1,457	8,569	62,147	1,457	8,569	62,147	2,408
4	0,896	5,269	67,416				
5	0,79	4,648	72,064				
6	0,739	4,348	76,412				
7	0,639	3,759	80,172				
8	0,564	3,318	83,489				
9	0,494	2,903	86,393				
10	0,419	2,466	88,858				
11	0,385	2,263	91,122				
12	0,345	2,03	93,152				
13	0,314	1,846	94,998				
14	0,285	1,677	96,675				
15	0,236	1,386	98,061				
16	0,182	1,069	99,13				
17	0,148	0,87	100				

En este análisis de componentes principales o factorial se implementó el método de rotación Varimax con normalización. Después de llevar a cabo 5 iteraciones, se alcanzó una configuración de factores que se considera apropiada para los objetivos del estudio. La convergencia en este contexto señala que se ha llegado a una solución estable, lo que permite avanzar con la interpretación de los resultados.

Matriz de estructura		
	Componente	
	COMPARTIR	CUIDADO
[1] El médico debería decidir lo que se habla durante la consulta	0,332	0,571
[2] Los notables avances en la medicina compensan la falta de personalización en la atención médica actual	0,802	0,285
[3] El examen físico es la parte más importante de la consulta médica	0,200	0,635
[4] Los pacientes deberían confiar en el conocimiento del médico y no buscar información de su condición por ellos mismos	0,494	0,696
[5] Cuando un médico hace muchas preguntas al paciente sobre sus antecedentes es que quiere indagar mucho en los asuntos personales del paciente	0,799	0,359
[6] La forma en que se relacionan los médicos con los pacientes no es relevante desde que sean buenos diagnosticando y realizando el tratamiento a los pacientes	0,881	0,177
[7] Muchos pacientes hacen preguntas en consulta aunque no estén aprendiendo algo nuevo	0,342	0,673
[8] Los pacientes deberían ser tratados como si fueran compañeros del médico, iguales en jerarquía y estatus	0,274	0,265
[9] Los pacientes generalmente quieren sentir confianza en lugar de información sobre su salud	-0,445	0,532
[10] Si las principales herramientas del médico son la sinceridad y la calidez este médico no tendrá mucho éxito	0,848	0,151
[11] El desacuerdo de los pacientes con su médico es un signo de falta de respeto y confianza hacia el médico.	0,846	0,435
[12] Un plan de tratamiento no puede tener éxito si afecta el estilo de vida y los valores del paciente	-0,155	0,455
[13] La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la consulta médica tan rápido como sea posible	0,771	0,381
[14] El paciente siempre debe darse cuenta de que el médico es quien está a cargo de la situación	0,366	0,686
[15] No es tan importante conocer la cultura y contexto del paciente para tratar su enfermedad	0,883	0,132
[16] El buen sentido del humor es el componente más importante en el trato del médico al paciente	0,316	0,438
[17] Cuando los pacientes buscan información médica por su propia cuenta suele generar más confusión que ayuda a los pacientes.	0,153	0,673

Tabla 16. Matriz de estructura – Oblimin rotado.

8.4. RESULTADOS FASE IV – FIABILIDAD.

El valor general del coeficiente alfa de Cronbach para el conjunto de ítems analizados en este estudio fue muy bueno, alcanzando un coeficiente de 0,876. Este resultado sugiere una alta consistencia interna entre las preguntas evaluadas, lo que indica que las mediciones son confiables y coherentes. En la tabla 16 se detallan los valores de alfa de Cronbach para cada ítem.

Estos valores individuales del coeficiente alfa de Cronbach para cada ítem indican que cada uno de ellos contribuye de manera positiva a la consistencia global del cuestionario, respaldando aún más la fiabilidad de las mediciones.

En resumen, los resultados de la fase IV indican que el cuestionario utilizado en este estudio es altamente confiable, con un coeficiente alfa de Cronbach general de 0,876 y valores individuales de alfa que reflejan una sólida consistencia interna entre los ítems evaluados.

ESTADÍSTICAS DE TOTAL DE ELEMENTO					
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	53,32	267,866	,469	,339	,870
Ítem 2	53,33	251,732	,656	,621	,862
Ítem 3	53,24	272,371	,388	,403	,873
Ítem 4	53,39	257,962	,651	,571	,864
Ítem 5	53,54	243,885	,716	,683	,859
Ítem 6	53,62	245,571	,660	,752	,862
Ítem 7	53,52	263,559	,534	,444	,868
Ítem 8	53,29	272,498	,310	,332	,877
Ítem 9	52,96	293,747	-,061	,487	,889
Ítem 10	53,77	251,848	,613	,679	,864
Ítem 11	53,66	246,277	,795	,762	,857

Ítem 12	53,48	283,295	,115	,252	,884
Ítem 13	53,68	247,879	,715	,625	,860
Ítem 14	53,55	261,809	,566	,451	,867
Ítem 15	53,65	246,896	,628	,764	,863
Ítem 16	53,20	269,670	,424	,399	,872
Ítem 17	53,39	269,247	,388	,434	,873

Tabla 17. Resultados de la confiabilidad a través del alfa de Cronbach.

9. DISCUSIÓN.

La práctica clínica centrada en el paciente es un enfoque integral y coherente con los valores y necesidades del mismo, donde ambos se involucran en la atención y toma de decisiones. Se observan costos más bajos para los sistemas e instituciones de salud cuando los profesionales sanitarios y los pacientes mantienen actitudes centradas en el paciente, así como menos pruebas diagnósticas y derivaciones a especialistas, en este modelo es importante la participación activa del paciente en las decisiones médicas y la promoción de la autonomía (55).

La práctica clínica actual requiere instrumentos de medición válidos y confiables para la medición efectiva, por lo cual este estudio desarrolló un proceso de adaptación transcultural, validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad de la Escala PPOS en médicos de cuidado paliativo en Colombia. También se investigó si esta escala mantuvo su capacidad de medición precisa en participantes con diferentes niveles de experiencia médica (78-80).

La Escala PPOS es un instrumento diseñado para evaluar las actitudes de los médicos y pacientes hacia sus funciones en la atención médica. La necesidad de contar con una herramienta de medición válida y confiable para evaluar esta orientación médico-paciente en el contexto colombiano es importante en el manejo, tratamiento y mejora de la calidad de vida de pacientes con enfermedades avanzadas y crónicas (3, 4). En el presente estudio

se realizó la traducción, adaptación cultural, validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad, generando una escala validada (COL-PPOS) en español para médicos colombianos que prestan atención en cuidados paliativos. La COL-PPOS ha sido sometida a un proceso de traducción, adaptación cultural y validación siguiendo estándares internacionales de traducción en varias etapas, con el fin de garantizar la precisión del contenido, la equivalencia semántica y la validez del constructo (33, 34).

La validación de contenido utilizó la valoración de siete jueces, y se evaluaron sus calificaciones mediante el Modelo de Lawshe modificado. Este modelo implicó la evaluación de la relevancia de cada ítem y la emisión de juicios mediante una escala de clasificación. Los ítems que no alcanzaron un umbral predefinido (0.58) fueron recomendados para su eliminación debido a su baja validez de contenido. La mayoría de los ítems tuvieron una validez adecuada. 17 de los 18 ítems tuvieron cargas superiores a 0,57, sólo el ítem 4 tuvo carga inferior a 0,57, por lo cual se optó por eliminarse; por lo tanto, estos elementos representan mejor sus respectivos factores. Al discriminar por las subescalas Cuidar y Compartir, la subescala Cuidar tuvo una valoración de 0,761 y la subescala Compartir de 0,698, sin embargo, al eliminar el ítem 4, se obtuvo 0,714.

La validez de constructo para determinar si los datos recopilados son adecuados para futuros análisis factoriales se llevó a cabo mediante la prueba de esfericidad de Bartlett incluyendo la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Ambas pruebas respaldaron la idoneidad de los datos recopilados. La prueba de esfericidad de Bartlett reveló una correlación significativa entre las variables analizadas, lo que respalda la aplicabilidad de los análisis factoriales. Además, el índice de KMO arrojó un valor de 0,884, lo cual indica una idoneidad adecuada para el análisis factorial. Estos resultados respaldan la validez del constructo de los datos recopilados, lo que sugiere que se pueden llevar a cabo análisis factoriales con confianza en base a ellos (33, 63). Estos hallazgos muestran que la escala COL-PPOS es una herramienta válida para medir con precisión las actitudes hacia la relación médico-paciente en atención paliativa, que se respalda mediante una correlación positiva observada entre los resultados de la escala y conceptos teóricos relacionados, lo que fortalece su utilidad y credibilidad como instrumento de evaluación en estos escenarios de atención (33, 79)

Los resultados obtenidos en las fases de adaptación cultural y de validación de la escala PPOS respaldan la calidad y la confiabilidad del instrumento en el contexto colombiano. La traducción y adaptación cultural se llevaron a cabo con rigor, y la validación de contenido, basada en el modelo de Lawshe y la participación de expertos multidisciplinares, aseguró que los ítems fueran culturalmente apropiados y representativos. La Validación de Constructo, respaldada por la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice KMO, proporcionó evidencia sólida de la adecuación de los datos para el análisis factorial y la estructura subyacente de la escala en este contexto. Además, la alta consistencia interna medida a través del coeficiente alfa de Cronbach valida la fiabilidad de las mediciones (79-80).

La fiabilidad de las mediciones se examinó a través del coeficiente alfa de Cronbach, que es una medida ampliamente aceptada para evaluar la coherencia interna de un conjunto de preguntas en un cuestionario. El resultado global del coeficiente alfa de Cronbach para todas las preguntas analizadas demostró ser satisfactorio, alcanzando un valor de 0,876. Este valor refleja una consistencia interna alta entre las preguntas evaluadas, lo que, en consecuencia, indica una elevada confiabilidad en las mediciones realizadas. Los valores individuales del coeficiente alfa de Cronbach para cada pregunta respaldaron aún más la robustez de las mediciones. La puntuación de la subescala de cuidado fue 0,85 y la puntuación de la subescala de compartir fue 0,76. Lo que muestra que la escala adaptada es altamente confiable, con un alfa determinado como “bueno” entre 0,8 y 0,9, con un sólido coeficiente alfa de Cronbach general de 0,876 y valores individuales que respaldan la coherencia interna de las preguntas evaluadas. La confiabilidad se identificó más alta que otras validaciones como la B-PPOS, con un alfa general de 0,605, 0,462 para cuidado y 0,494 para compartir, o la realizada en China, con un alfa general de 0,763, 0,574 para cuidado y 0,685 para compartir (24, 26, 73).

En un estudio alemán, se empleó una escala acortada de 6 ítems, y se observó una consistencia interna deficiente tanto en la escala total (4,27) como en las subescalas de compartir (3,98) y cuidar (4,56) (78). En otro estudio realizado en Sri Lanka, la muestra consistió en 543 estudiantes de medicina, y se obtuvo un coeficiente alfa general de 0,65, con valores bajos para las subescalas de compartir (0,53) y cuidar (0,53) (27). En una adaptación llevada a cabo en Shanghái, que involucró a 181 médicos y 830 pacientes, el

coeficiente alfa de Cronbach para el C-PPOS fue de 0,668, con puntuaciones deficientes para la subescala de cuidado (0,493) y compartir (0,575). Esta falta de consistencia interna llevó a la reducción de la escala a 11 ítems (81).

En comparación con escalas que abarcan tanto a médicos como a pacientes, se evidencia que las puntuaciones de los pacientes pueden variar considerablemente debido a sus características personales, como la edad y la educación. En este estudio, se optó por incluir a un grupo más homogéneo de médicos, lo que resultó en mejores resultados psicométricos. En cuanto a las escalas Likert, su reproductibilidad tiende a ser baja. En el contexto de atención paliativa, el acto de compartir no se lleva a cabo principalmente para cuidar el bienestar emocional del paciente, dadas las circunstancias de una enfermedad terminal.

Este estudio abordó el problema de la falta de una herramienta de medición válida y confiable para evaluar la orientación médico-paciente en cuidados paliativos en Colombia. Los resultados respaldaron la utilidad de la escala PPOS adaptada culturalmente como una herramienta confiable para futuras investigaciones y prácticas en este campo crucial de la medicina en cuidados paliativos, contribuyendo así a una atención más centrada en el paciente y de mayor calidad en el contexto colombiano.

La traducción y adaptación cultural se llevó a cabo de manera rigurosa, y la validación de contenido, respaldada por un panel multidisciplinario de expertos, aseguró la relevancia y aplicabilidad de la escala en el ámbito de cuidados paliativos en Colombia. Estos procesos robustos contribuyen a los procesos psicométricos de la escala junto con la validez de constructo y confiabilidad (63).

La validez de constructo, respaldada por la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice KMO, demostró la adecuación de los datos para llevar a cabo análisis factoriales y proporcionar información sobre la estructura subyacente de la escala PPOS en el contexto colombiano. La alta consistencia interna medida a través del coeficiente alfa de Cronbach confirma la fiabilidad del instrumento.

Los resultados de este estudio no solo tienen un impacto significativo en la mejora de la atención médica centrada en el paciente en cuidados paliativos en Colombia, sino que también ofrecen perspectivas valiosas para el ámbito de la salud en general. La COL-PPOS, como una herramienta confiable y validada, puede ser aplicada en diversos escenarios de

atención paliativa médica en el país, permitiendo una evaluación continua de la orientación médico-paciente.

La COL-PPOS, con confiabilidad y validez adecuada, es una herramienta sólida para evaluar la orientación médico-paciente en cuidados paliativos en Colombia. Su adaptación cultural destaca la importancia de adecuar instrumentos a contextos específicos, facilitando investigaciones y evaluación precisa de actitudes y percepciones en atención centrada en el paciente, resaltando su relevancia cultural.

10. CONCLUSIONES.

La versión definitiva de la COL-PPOS mostró una adaptación transcultural adecuada, confiabilidad satisfactoria y parámetros de validez óptimos, lo que sugiere que la escala parece proporcionar mediciones precisas, y responde a los objetivos del estudio. En conjunto, los resultados descritos indican que la escala PPOS adaptada culturalmente es una herramienta sólida y confiable para evaluar la orientación médico-paciente en el contexto de cuidados paliativos en Colombia. Además, la validación adecuada de la escala PPOS resalta la importancia de adaptar instrumentos de medición a contextos específicos para garantizar su aplicabilidad y relevancia cultural. Este instrumento facilitará futuras investigaciones sobre la atención centrada en el paciente y permitirá una evaluación precisa de las actitudes y percepciones de los médicos en cuidados paliativos.

11. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES:

Dentro de los aspectos limitantes de este estudio se encuentran el enfoque en cuidados paliativos, donde existe una predisposición inherente hacia una actitud orientada al paciente, lo que puede requerir estudios adicionales para extrapolar los resultados a otras especialidades médicas que pueden tener dinámicas diferentes. Con un número limitado a los profesionales formados en atención paliativa, la muestra de estudio no es lo suficientemente amplia para lograr comparaciones grupales equivalentes en otras especialidades o escenarios, se considera que es una muestra homogénea en cuanto formación académica y desarrollo profesional, que, aunque cumple con los objetivos y requerimientos de este estudio, se recomienda realizar estudios adicionales para utilizar la escala en otras poblaciones. Estas limitaciones resaltan la importancia de investigaciones

más amplias y diversas en el futuro para validar plenamente la COL-PPOS en distintos escenarios médicos,

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6. PMID: 1556799.
2. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? Patient Educ Couns. 2003 Nov;51(3):197-206. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00194-5. PMID: 14630376.
3. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. Patient Educ Couns. 2000 Jan;39(1):49-59. doi: 10.1016/s0738-3991(99)00090-7. PMID: 11013547.
4. Hurley EA, Doumbia S, Kennedy CE, Winch PJ, Roter DL, Murray SM, Harvey SA. Patient-centred attitudes among medical students in Mali, West Africa: a cross-sectional study. BMJ Open. 2018 Jan 23;8(1):e019224. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019224. PMID: 29362266; PMCID: PMC5786142.
5. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. J R Coll Gen Pract. 1969 May;17(82):269-76. PMID: 5770926; PMCID: PMC2236836.
6. Organización Panamericana de la Salud, Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
7. World Health Organization: WHO. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
8. República de Colombia., Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Imprenta Nacional de Colombia ed. Bogotá.D.C.: MinSalud; 2013. 452 p.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. MinSalud actualiza política de envejecimiento y vejez. 2019. Colombia. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualiza-politica-de-envejecimiento-y-vejez.aspx>
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (s.f.). Defunciones No Fetales 2022 - Preliminar. Recuperado de:

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2022>

11. Sánchez-Cárdenas M, editor. Estado actual de los cuidados paliativos en Colombia. Reporte técnico 2019. Observatorio colombiano de cuidados paliativos. Bogotá, Colombia. https://occp.com.co/wp-content/uploads/2022/01/2019_reporte-tecnico.pdf
12. Lunardi L, Hill K, Crail S, Esterman A, Le Leu R, Drummond C. 'Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) improves renal nurses' confidence in recognising patients approaching end of life'. *BMJ Support Palliat Care*. 2020 Nov 3;bmjspcare-2020-002496. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002496. Epub ahead of print. PMID: 33144288.
13. Orzechowski R, Galvão AL, Nunes TDS, Campos LS. Palliative care need in patients with advanced heart failure hospitalized in a tertiary hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2019 Jan 31;53:e03413. English, Portuguese. doi: 10.1590/S1980-220X2018015403413. PMID: 30726335.
14. McQueen RB, Gritz M, Kern D, Bemski JL, Shelton I, Meyer M, Kluger BM. Cost and Return on Investment of a Team-Based Palliative Care Program for Parkinson Disease. *Neurol Clin Pract*. 2022 Dec;12(6):429-437. doi: 10.1212/CPJ.0000000000200103. PMID: 36540151; PMCID: PMC9757106.
15. Hasegawa T, Yamagishi A, Sugishita A, Akechi T, Kubota Y, Shimoyama S. [Current Status and Improvement Strategies for Integrating Home Palliative Care in Oncology-A Qualitative Study]. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2022 Dec;49(12):1343-1348. Japanese. PMID: 36539247.
16. Moreno-Alonso D, Porta-Sales J, Monforte-Royo C, et al. Palliative care in patients with haematological neoplasms: an integrative systematic review. *Palliat Med* 2018; 32(1): 79–105.
17. Flierman I, Gieteling E, Van Rijn M, Van Grootven B, van Doorne I, Jamaludin FS, Willems DL, Muller M, Buurman BM. Effectiveness of transmural team-based palliative care in prevention of hospitalizations in patients at the end of life: A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2023 Jan;37(1):75-87. doi: 10.1177/02692163221135616. Epub 2022 Dec 21. PMID: 36541477.

18. Simon J. Who needs palliative care? *CMAJ*. 2018 Mar 5;190(9):E234-E235. doi: 10.1503/cmaj.170956. PMID: 29507153; PMCID: PMC5837870.
19. Harrison M, Gardiner C, Taylor B, Ejegi-Memeh S, Darlison L. Understanding the palliative care needs and experiences of people with mesothelioma and their family carers: An integrative systematic review. *Palliat Med*. 2021 Jun;35(6):1039-1051. doi: 10.1177/02692163211007379. Epub 2021 Apr 8. PMID: 33829930; PMCID: PMC8188997.
20. Pinedo-Torres I, Intimayta-Escalante C, Jara-Cuadros D, Yañez-Camacho W, Zegarra-Lizana P, Saire-Huamán R. Asociación entre la necesidad de cuidados paliativos y enfermedades crónicas en paciente atendidos en un hospital peruano. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;38(4):571-8. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.9288>.
21. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. Questionnaires of person centered care in primary care. A systematic review. *Atencion Primaria* 2020;52:738–49. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.004>.
22. Krupat E, Yeager CM, Putnam S. Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychol Health*. 2000; 15:5, 707-719 <https://doi.org/10.1080/08870440008405481>.
23. Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014 Sep;4(3):285-90. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000488. Epub 2013 Jul 25. PMID: 24644193.
24. Shaw WS, Woiszwillo MJ, Krupat E. Further validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) from recorded visits for back pain. *Patient Educ Couns*. 2012 Nov;89(2):288-91. doi: 10.1016/j.pec.2012.07.017. Epub 2012 Sep 3. PMID: 22954491.
25. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Educ Couns*. 2006 Jul;62(1):38-45. doi: 10.1016/j.pec.2005.04.015. Epub 2005 Jun 17. PMID: 15964736.

26. Jiang Y, Wei J, Shi L, Cao J, Zhu B, Hong X. A 4-factor perspective of the patient-practitioner orientation scale (PPOS): a deeper understanding of patient-centredness. *BMC Med Educ.* 2022 Nov 29;22(1):818. doi: 10.1186/s12909-022-03867-w. PMID: 36447203; PMCID: PMC9706840.
27. Mudiyanse RM, Pallegama RW, Jayalath T, Dharmaratne S, Krupat E. Translation and validation of patient-practitioner orientation scale in Sri Lanka. *Educ Health (Abingdon).* 2015 Jan-Apr;28(1):35-40. doi: 10.4103/1357-6283.161847. PMID: 26261112.
28. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006 Nov;3(11):e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442. PMID: 17132052; PMCID: PMC1664601.
29. World Health Organization. Global Health Estimates: Life Expectancy and leading causes of death and disability (no date) World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
30. Kushner RF, Sorensen KW. Lifestyle medicine: the future of chronic disease management. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013;20(5):389-395. doi:10.1097/01.med.0000433056.76699.5d
31. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling* 2006;62:38–45.
32. Howren MB, vander Weg MW, Christensen AJ, Kaboli PJ. Association of patient preferences on medication discussion in hypertension: Results from a randomized clinical trial. *Social Science & Medicine (1982)* 2020;262:113244. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113244>.
33. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993;46:1417–33
34. Leplege A, Verdier A. The adaptation of health status measures: a discussion of certain methodological aspects of the translation procedure. In: *The International Assessment of Health-Related Quality of Life: Theory, Translation, Measurement and Analysis*. Oxford, UK: Rapid Communication of Oxford; 1995: 93–101.

35. Valdelamar Jiménez A, Molina B, Rodríguez L, Sánchez Pedraza R. Traducción y adaptación transcultural de la escala FACIT-PAL para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología* 2020;24:18–25. <https://doi.org/10.35509/01239015.13>.
36. Gracia D. Como arqueros al blanco. *Estudios de bioética. Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2006;44. 222-223
37. Lázaro J., Gracia D.. La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2006 [citado 2023 Sep 25] ; 29(Suppl 3): 7-17.
38. Gillon R. Paternalism and medical ethics. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1985;290(6486):1971-1972. doi:10.1136/bmj.290.6486.1972
39. Peabody FW. Landmark article March 19, 1927: The care of the patient. By Francis W. Peabody. *JAMA.* 1984 Aug 10;252(6):813-8. doi: 10.1001/jama.252.6.813. PMID: 6379210.
40. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet.* 1955 Apr 2;268(6866):683-8. doi: 10.1016/s0140-6736(55)91061-8. PMID: 14354967.
41. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969 May;17(82):269-76. PMID: 5770926; PMCID: PMC2236836.
42. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med.* 2012 Mar 1;366(9):780-1. doi: 10.1056/NEJMp1109283. PMID: 22375967.
43. Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, Boylan LS. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns.* 2007 Apr;66(1):29-36. doi: 10.1016/j.pec.2006.09.013. Epub 2006 Dec 22. PMID: 17188453.
44. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice.* 1979;16(3):252-60.
45. Currow DC. The PRISMA Symposium 3: lessons from beyond Europe. why invest in research and service development in palliative care? An Australian perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Oct;42(4):505-10. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.06.007. PMID: 21963119.

46. Sherwood G, Jones CB, Conklin JL, Dodd A. Quality and safety education for nurses: A bibliometric analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2023 Sep;55(5):914-925. doi: 10.1111/jnu.12876. Epub 2023 Jan 16. PMID: 36645416.
47. O'Mahony S, McHenry J, Snow D, Cassin C, Schumacher D, Selwyn PA. A review of barriers to utilization of the medicare hospice benefits in urban populations and strategies for enhanced access. *J Urban Health*. 2008 Mar;85(2):281-90. doi: 10.1007/s11524-008-9258-y. PMID: 18240022; PMCID: PMC2430114.
48. Abernethy AP, Currow DC, Hunt R, Williams H, Roder-Allen G, Rowett D, Shelby-James T, Esterman A, May F, Phillips PA. A pragmatic 2 x 2 x 2 factorial cluster randomized controlled trial of educational outreach visiting and case conferencing in palliative care-methodology of the Palliative Care Trial [ISRCTN 81117481]. *Contemp Clin Trials*. 2006 Feb;27(1):83-100. doi: 10.1016/j.cct.2005.09.006. Epub 2005 Nov 10. PMID: 16290094.
49. Appleby J. Payment by results : how can payment systems help to deliver better care? London: King's Fund; 2012.
50. Hughes MT, Smith TJ. The growth of palliative care in the United States. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:459-75. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182406. PMID: 24641562.
51. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J*. 2011 Spring;15(2):63-9. doi: 10.7812/TPP/10-148. PMID: 21841928; PMCID: PMC3140752.
52. Balint M, Ball DH, Hare ML. Training medical students in patient-centered medicine. *Compr Psychiatry*. 1969 Jul;10(4):249-58. doi: 10.1016/0010-440x(69)90001-7. PMID: 5810538.
53. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S, Johansson IL, Kjellgren K, Lidén E, Öhlén J, Olsson LE, Rosén H, Rydmark M, Sunnerhagen KS. Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011 Dec;10(4):248-51. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008. Epub 2011 Jul 20. PMID: 21764386.

54. Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care.* 2009 Aug;47(8):826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc. PMID: 19584762; PMCID: PMC2728700.
55. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ.* 2001 Feb 24;322(7284):444-5. doi: 10.1136/bmj.322.7284.444. PMID: 11222407; PMCID: PMC1119673.
56. Davies P. G. (2007). Patient centredness. *Journal of epidemiology and community health,* 61(1), 39.
57. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000 Oct;51(7):1087-110. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00098-8. PMID: 11005395.
58. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. *Br J Nurs.* 2010 Jul 22-Aug 11;19(14):912-7. doi: 10.12968/bjon.2010.19.14.49050. PMID: 20647984.
59. Ghosh A, Dzung E, Cheng MJ. Interaction of palliative care and primary care. *Clin Geriatr Med.* 2015 May;31(2):207-18. doi: 10.1016/j.cger.2015.01.001. Epub 2015 Feb 18. PMID: 25920056.
60. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010 Aug 19;363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678. PMID: 20818875.
61. Mitchell G. *Palliative care : a patient-centered approach.* Oxford ; New York: Radcliffe; 2008.
62. Montero I, León O. G. A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology [Internet].* 2007;7(3):847-862.
63. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000 Dec 15;25(24):3186-91. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014. PMID: 11124735.
64. Aquino Linares N, Carmona Falder S, Moreno-Sueskun I, Díaz González JA, López Jacob MJ. Adaptación transcultural y validación del cuestionario de cultura

- preventiva Organizational Performance Metric. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. 2020 Nov 4;23(4):415–29.
65. Resolución número 1416 de 2016. Colombia: Ministerio de Salud y Protección social; 2016.
66. Gandek B, Ware JE Jr. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol. 1998 Nov;51(11):953-9. doi: 10.1016/s0895-4356(98)00086-9. PMID: 9817112.
67. Campo-Arias, A., & Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. Rev Salud Pública, 10(5), 831-839.
68. Carretero H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. Int J Clin Health Psychol; 2005; 5(3):521-552
69. Escobar-Pérez, Jazmine & Martínez, A. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. Avanc Med; 2008. 6. 27-36.
70. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986 Nov-Dec;35(6):382-5. PMID: 3640358.
71. Macía F Validez de los Tests y el Análisis Factorial: Nociones Generales. Cienc Trab; 2010. 35. 276-81
72. Ramada-rodilla JM, Serra-pujadas C. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Publica Mex [Internet]. 2013;55(1):57-66.
73. Pereira CM, Amaral CF, Ribeiro MM, Paro HB, Pinto RM, Reis LE, Silva CH, Krupat E. Cross-cultural validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). Patient Educ Couns. 2013 Apr;91(1):37-43. doi: 10.1016/j.pec.2012.11.014. Epub 2013 Jan 10. PMID: 23312830.
74. Kiessling C, Fabry G, Rudolf Fischer M, Steiner C, Langewitz WA. Deutsche Übersetzung und Konstruktvalidierung des "Patient-Provider-Orientation Scale" (PPOS-D12) [German translation and construct validation of the Patient-Provider-Orientation Scale (PPOS-D12)]. Psychother Psychosom Med Psychol. 2014 Mar;64(3-4):122-7. German. doi: 10.1055/s-0033-1341455. Epub 2013 Apr 19. PMID: 23606403.

75. Resolución número 8430 De 1993. Colombia: Ministerio de Salud; 1993.
76. Ley 1915 de 2018. Colombia: Congreso de Colombia, 2018.
77. López-Aguado M, Gutiérrez-Provecho L. Com dur a terme i interpretar una anàlisi factorial exploratòria utilitzant SPSS. REIRE [Internet]. 2019Jul.1 [cited 2023Sep.27];12(2):1–14. Available from: <https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2019.12.227057>
78. Pauli R, Wilhelmy S. A short scale for measuring attitudes towards the doctor-patient relationship: psychometric properties and measurement invariance of the German Patient-Practitioner-Orientation Scale (PPOS-D6). PeerJ. 2021 Dec 8;9:e12604. doi: 10.7717/peerj.12604. PMID: 34966596; PMCID: PMC8667738.
79. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. J Clin Epidemiol. 2012 Jan;65(1):10-5. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.05.011. PMID: 22118265.
80. Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. Eval Health Prof. 2005 Jun;28(2):212-32. doi: 10.1177/0163278705275342. PMID: 15851774.
81. Wang J, Zou R, Fu H, Qian H, Yan Y, Wang F. Measuring the preference towards patient-centred communication with the Chinese-revised Patient-Practitioner Orientation Scale: a cross-sectional study among physicians and patients in clinical settings in Shanghai, China. BMJ Open. 2017 Sep 18;7(9):e016902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016902. PMID: 28928188; PMCID: PMC5623567.

1. ANEXOS

Anexo 1. Patient-Practitioner Orientation Scale

The statements below refer to beliefs that people might have concerning doctors, patients, and medical care. Read each item and then blacken in the circle to indicate how much you agree or disagree with each.

		Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
1	The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit.						
2	Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances.						
3	The most important part of the standard medical visit is the physical exam.						
4	It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition.						
5	Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own.						
6	When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters.						
7	If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important.						
8	Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new.						
9	Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status.						
10	Patients generally want reassurance rather than information about their health.						
11	If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success.						
12	When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's respect and trust.						

13	A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values.						
14	Most patients want to get in and out of the doctor's office as quickly as possible.						
15	The patient must always be aware that the doctor is in charge						
16	It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness.						
17	Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient.						
18	When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.						

PATIENT-PRACTITIONER ORIENTATION SCALE (PPOS)

The PPOS can be filled out by patients and practitioners without any modification of the items or instructions. Information and instructions follow:

Scoring instructions. PPOS scores are reported as mean scores to allow patients' and providers' responses to be used even if one or two scale items are deleted. One Total mean score can be calculated for the 18 items, and two sub-scale scores can also be calculated. The Total Score ranges from "patient-centered" to "doctor-" or "disease-centered." The higher the score the more patient-centered the orientation. Sub-scale scores for Sharing and Caring can also be calculated. Sharing scores reflect the extent to which the respondent believes that a) practitioners and patients should share power and control on a relatively equal basis, and b) that practitioners should share as much information with their patients as possible. Caring refers to the extent that respondents believe that a) caring about emotions and good interpersonal relations is a key aspect of the medical encounter, and b) that practitioners should care about the patient as a whole person rather than as a medical condition. Items measuring Sharing are 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15, & 18. Caring items are 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16, & 17.

The 6 point scale is laid out from left to right as strongly disagree to strongly agree. Strongly disagree (far left) is scored 6 and strongly agree (far right) is scored 1. Three items are reverse worded, and scoring needs to be reversed. These are 9, 13, & 17. Therefore a high score indicates an orientation toward patient-centeredness.

I thank you for your interest in the scale. However, the scale is copyrighted and I request that you ask permission before using it.

All questions regarding the scale should be addressed to:

Ed Krupat

Associate Professor

Dept. of Medicine

Beth Israel Deaconess Medical Center

Boston, MA

617-894-5336 (phone)

ed_krupat@hms.harvard.edu (e-mail)

Anexo 2. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El consentimiento informado es un documento que se firma después de ser leído, entendido y estar de acuerdo con lo que se realizara, el propósito de un consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una explicación clara de que se trata la investigación, cual es el objetivo de la misma y cuál sería el su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Carlos Hernán Fernández Cordobés, de la Universidad Antonio Nariño, bajo la dirección de Carlos Julio Saavedra Cantor. El objetivo principal de este estudio es, establecer la adaptación transcultural, validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad de la Escala Patient Practitioner Orientation Scale en médicos de cuidado paliativo en Colombia.

Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá su opinión acerca de 18 ítems de la escala Patient Practitioner Orientation Scale y la explicación de cada respuesta y si considera que en algún ítem se usaron palabras ofensivas. La duración de la evaluación es de aproximadamente entre 30 y 45 minutos. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, por lo tanto, su participación en esta investigación no tiene ninguna recompensa material o económica y usted es libre de no participar o de retirarse cuando lo desee. Sus opiniones y aportes a esta investigación se usarán exclusivamente para este proyecto y se archivarán de manera segura. Si usted me autoriza, grabaré y transcribiré la entrevista. Su nombre no aparecerá en mi trabajo de grado ni en mi publicación. Mi trabajo de grado quedará a disposición del público en la biblioteca de la Universidad.

Cabe destacar que no se compartirá la identidad de las personas que participen en la investigación, sus datos se manejaran con códigos para preservar el anonimato y por ningún motivo van a ser revelados, es decir, que los datos personales que usted nos suministre son totalmente confidenciales. A su vez, la información recolectada durante el proceso investigativo se custodiará de forma adecuada, se garantizará la protección por parte de los investigadores por dos años y luego será eliminada. Usted no recibirá ningún incentivo económico por su participación, puede cambiar de opinión y retirarse de la investigación, aun cuando previamente haya aceptado, lo cual no le causará ningún tipo de sanción. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede preguntar al investigador o entrevistador en

cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

De antemano le agradecemos su participación.

Atentamente,

Carlos Hernán Fernández Cordobés

Estudiante Maestría en Cuidados Paliativos. Facultad de Enfermería – Universidad Antonio Nariño. Correo: cfernandez13@uan.edu.co Teléfono: 313 8701828

Carlos Julio Saavedra Cantor.

Director de tesis. Facultad de Enfermería – Universidad Antonio Nariño. Enfermero, Especialista en Salud Ocupacional. Magister en Salud y Seguridad en el Trabajo. Correo: csaavedra36@uan.edu.co Teléfono: 3203518045

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Carlos **Hernán Fernández** Cordobés. He sido informado (a) sobre el objetivo del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente entre 30 y 45 minutos.

Es claro para mí, que la información que entregue en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Acepto participar:

Sí

No

Nombre: _____

CC _____

Firma: _____

Anexo 3. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación – FASE II – JUECES

El consentimiento informado es un documento que se firma después de ser leído, entendido y estar de acuerdo con lo que se realizara, el propósito de un consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una explicación clara de que se trata la investigación, cual es el objetivo de la misma y cuál sería el su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Carlos Hernán Fernández Cordobés, de la Universidad Antonio Nariño, bajo la dirección de Carlos Julio Saavedra Cantor. El objetivo principal de este estudio es, establecer la adaptación transcultural, validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad de la Escala Patient Practitioner Orientation Scale en médicos de cuidado paliativo en Colombia.

Si usted decide participar en este estudio, se solicitará calificar de 1 a 4 en los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y reverencia a 18 ítems de la escala Patient Practitioner Orientation Scale para lo cual tendrá una planilla diseñada para esta calificación. La duración de la evaluación es de aproximadamente entre 30 minutos. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, por lo tanto, su participación en esta investigación no tiene ninguna recompensa material o económica y usted es libre de no participar o de retirarse cuando lo desee. Sus opiniones y aportes a esta investigación se usarán exclusivamente para este proyecto y se archivarán de manera segura. Si usted me autoriza, grabaré y transcribiré la entrevista. Su nombre no aparecerá en mi trabajo de grado ni en mi publicación. Mi trabajo de grado quedará a disposición del público en la biblioteca de la Universidad.

Cabe destacar que no se compartirá la identidad de las personas que participen en la investigación, sus datos se manejaran con códigos para preservar el anonimato y por ningún motivo van a ser revelados, es decir, que los datos personales que usted nos suministre son totalmente confidenciales. A su vez, la información recolectada durante el proceso investigativo se custodiará de forma adecuada, se garantizará la protección por parte de los investigadores por dos años y luego será eliminada. Usted no recibirá ningún incentivo económico por su participación, puede cambiar de opinión y retirarse de la investigación, aun cuando previamente haya aceptado, lo cual no le causará ningún tipo de sanción. Si

tiene alguna duda sobre este proyecto, puede preguntar al investigador o entrevistador en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

De antemano le agradecemos su participación.

Atentamente,

Carlos Hernán Fernández Cordobés

Estudiante Maestría en Cuidados Paliativos. Facultad de Enfermería – Universidad Antonio Nariño. Correo: cfernandez13@uan.edu.co Teléfono: 313 8701828

Carlos Julio Saavedra Cantor.

Director de tesis. Facultad de Enfermería – Universidad Antonio Nariño. Enfermero, Especialista en Salud Ocupacional. Magister en Salud y Seguridad en el Trabajo. Correo: csaavedra36@uan.edu.co Teléfono: 3203518045

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Carlos Hernán Fernández Cordobés. He sido informado (a) sobre el objetivo del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas sobre el juicio de expertos, lo cual tomará aproximadamente entre 30 minutos.

Es claro para mí, que la información que entregue en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Acepto participar:

Sí

No

Nombre: _____

CC _____

Firma: _____

Anexo 4. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación – FASE III y IV – Constructo y confiabilidad

El consentimiento informado es un documento que se firma después de ser leído, entendido y estar de acuerdo con lo que se realizara, el propósito de un consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una explicación clara de que se trata la investigación, cual es el objetivo de la misma y cuál sería el su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por **Carlos Hernán Fernández Cordobés**, de la **Universidad Antonio Nariño**, bajo la dirección de **Carlos Julio Saavedra Cantor**. El objetivo principal de este estudio es, establecer la adaptación transcultural, validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad de la Escala Patient Practitioner Orientation Scale en médicos de cuidado paliativo en Colombia.

La duración de la evaluación es de aproximadamente entre 30 minutos. La participación en este estudio es **estrictamente voluntaria**, por lo tanto, su participación en esta investigación no tiene ninguna recompensa material o económica y usted es libre de no participar o de retirarse cuando lo desee. Sus opiniones y aportes a esta investigación se usarán exclusivamente para este proyecto y se archivarán de manera segura. Si usted me autoriza, grabaré y transcribiré la entrevista. Su nombre no aparecerá en mi trabajo de grado ni en mi publicación. Mi trabajo de grado quedará a disposición del público en la biblioteca de la Universidad.

Cabe destacar que no se compartirá la identidad de las personas que participen en la investigación, sus datos se manejarán con códigos para preservar el anonimato y por ningún motivo van a ser revelados, es decir, que los datos personales que usted nos suministre son totalmente confidenciales. A su vez, la información recolectada durante el proceso investigativo se custodiará de forma adecuada, se garantizará la protección por parte de los investigadores por dos años y luego será eliminada. Usted no recibirá ningún incentivo económico por su participación, puede cambiar de opinión y retirarse de la investigación, aun cuando previamente haya aceptado, lo cual no le causará ningún tipo de sanción. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede preguntar al investigador o entrevistador en

cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

De antemano le agradecemos su participación.

Atentamente,

Carlos Julio Saavedra Cantor.

Director de tesis. Enfermero, Especialista en Salud Ocupacional. Magister en Salud y Seguridad en el Trabajo. Correo: csaavedra36@uan.edu.co_Teléfono: 3203518045

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Carlos Hernan Fernandez Cordobés. He sido informado (a) sobre el objetivo del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista a profundidad, lo cual tomará aproximadamente **entre 30 minutos**.

Es claro para mí, que la información que entregue en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Acepto participar:

Sí

No

Nombre: _____

CC _____

Firma: _____