


## Adaptación transcultural y validación del *Person-centred Practice Inventory-Staff* para la cultura brasileña\*


Juliana Andrioli Nucci<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9876-1195>

Edinêis de Brito Guirardello<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0457-2850>

Ariane Polidoro Dini<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5830-9989>

**Destacados:** **(1)** El instrumento PCPI-S-VB permite la sensibilización respecto al cuidado centrado en la persona. **(2)** El PCPI-S-VB validado en países europeos permitirá la comparabilidad internacional. **(3)** La versión brasileña del PCPI-S-VB presenta evidencias de validez y confiabilidad. **(4)** El instrumento PCPI-S-VB contribuye a la prestación de un cuidado más seguro.

**Objetivo:** realizar la traducción, adaptación transcultural y validación del *Person-centred Practice Inventory-Staff* al portugués de Brasil. **Método:** estudio metodológico que siguió las etapas de traducción, síntesis, retrotraducción, evaluación por especialistas y prueba piloto. La validez de contenido fue evaluada mediante el Índice de Validez de Contenido y la Razón de Validez de Contenido. La validez de constructo convergente y discriminante fue verificada mediante el análisis factorial confirmatorio. La consistencia interna fue verificada por el alfa de Cronbach, la Fiabilidad Compuesta y el Omega de McDonald. **Resultados:** participaron 15 profesionales en la validación de contenido y 307 en la evaluación del constructo y fiabilidad. La validez de contenido obtuvo valores superiores a 0,87 para el Índice de Validez de Contenido y 0,73 para la Razón de Validez de Contenido. El análisis factorial confirmatorio distribuyó los 59 ítems en los 17 dominios originales, con varianza media extraída superior a 0,49 y cargas factoriales superiores a 0,61. La consistencia interna presentó alfa de Cronbach entre 0,56 y 0,85; fiabilidad compuesta entre 0,75 y 0,89; y Omega de McDonald entre 0,61 y 0,88. **Conclusión:** la versión brasileña del *Person-centred Practice Inventory-Staff* demostró validez y fiabilidad satisfactorias para evaluar la percepción de la práctica del cuidado centrado en la persona entre profesionales de enfermería en el contexto hospitalario.

**Descriptores:** Proceso de Traducción; Estudios Transculturales; Estudios de Validación; Atención Dirigida al Paciente; Psicometría; Reproducibilidad de los Resultados.

\* Artículo parte de la disertación de maestría "Adaptação cultural e validação do person-centred practice inventory-staff para a cultura brasileira", presentada en la Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil. Apoyo financiero del Fundo de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão da Unicamp (FAEPEX), a través de Programa de Incentivo a Novos Docentes (PIND), Edital PIND individual 19/2023, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Nucci JA, Guirardello EB, Dini AP. Cross-cultural adaptation and validation of the Person-centered Practice Inventory-Staff for Brazilian culture. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4665 [cited \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_]. Available from: \_\_\_\_\_. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7803.4665>

URL

## Introducción

En busca de atribuir excelencia a los estándares de seguridad y calidad asistencial, gestores y políticos de salud han buscado nuevas estrategias para sensibilizar a los profesionales responsables del cuidado, incentivando la adopción de un enfoque singular y humanizado<sup>(1)</sup>.

El cuidado centrado en la persona (CCP) se construye a partir de la valorización de la percepción y expectativas no solo de la persona que recibe el cuidado, sino de todos los involucrados, es decir, familiares, cuidadores y profesionales de la salud<sup>(2)</sup>. El CCP es una práctica de cuidado establecida mediante la formación y promoción de relaciones saludables entre cuidadores, usuarios de los servicios y personas significativas en sus vidas. Está sustentado en valores de respeto por las personas, derecho individual a la autodeterminación, respeto mutuo y comprensión, siendo posibilitado por culturas de empoderamiento que promueven enfoques continuos para el desarrollo de la práctica<sup>(3)</sup>.

A pesar de la relevancia del CCP, su adhesión enfrenta desafíos a nivel global, principalmente por confrontarse con el modelo biomédico convencional, factores culturales ligados a las organizaciones, el entorno del cuidado, el perfil de los profesionales, además de la carencia de instrumentos confiables que ayuden en el monitoreo y evaluación de la práctica en los servicios<sup>(2,4-5)</sup>. En esta perspectiva, la atención de la comunidad científica se ha centrado en explorar la fundamentación teórica del CCP, con el objetivo de definir de forma consensuada y precisa los conceptos y definiciones<sup>(2)</sup>.

El marco teórico de McCormack y McCance presenta una estructura teórica para el CCP, conocida como *Person-centred Practice Framework* (PCPF). Esta es descrita como una teoría de alcance medio sustentada por cuatro constructos: (1) prerrequisitos, que abordan las características del profesional; (2) el entorno del cuidado, que se refiere al contexto en el que se presta el cuidado; (3) procesos de cuidado, que se centran en la forma en que se brinda el cuidado; y (4) resultados centrados en la persona, que se enfocan en lograr resultados eficaces centrados en la persona. De acuerdo con la teoría, los atributos del profesional se consideran imprescindibles para la gestión de un entorno de cuidado capaz de proporcionar con eficacia resultados centrados en la persona<sup>(6)</sup>.

Con el objetivo de investigar cómo perciben las perspectivas del CCP los equipos y usuarios de los servicios de salud, se desarrolló el *Person-centred Practice Inventory-Staff* (PCPI-S). Este instrumento propone ofrecer, desde la perspectiva de los profesionales, aportes a las organizaciones y gestores para la elaboración de un plan de cuidados que tenga a la persona como foco central<sup>(7)</sup>.

El PCPI-S tiene como finalidad analizar la percepción de los profesionales sobre la práctica centrada en la persona<sup>(7)</sup>. Este instrumento abarca 59 ítems distribuidos en 17 dominios que permiten la autoevaluación del equipo multiprofesional en relación con su práctica centrada en la persona, y ha sido validado para su aplicación en diversos contextos asistenciales. Se trata de un instrumento que presentó validez de contenido, de constructo y consistencia interna en Noruega, Austria, Malasia, Corea, Alemania y Portugal<sup>(7-14)</sup>.

En Brasil, la evaluación del CCP es incipiente y carece de instrumentos que posibiliten la evaluación de la percepción de los profesionales en relación con esta práctica. El objetivo fue realizar la traducción, adaptación transcultural y validación del *Person-centred Practice Inventory-Staff* al portugués de Brasil.

## Método

### Diseño del estudio

Estudio metodológico que siguió las siguientes etapas: traducción, síntesis de las traducciones, retrotraducción, análisis por un comité de expertos, prueba de la versión final y envío al autor del instrumento original. De forma secuencial, se analizaron la validez de constructo y la consistencia interna del PCPI-S<sup>(15-18)</sup>.

### Período

El período de recolección de datos tuvo lugar después de la aprobación del estudio por el Comité de Ética en Investigación, entre octubre de 2022 y diciembre de 2023.

### Traducción y adaptación transcultural

La primera etapa consistió en la traducción de la versión original del instrumento del inglés al portugués de Brasil por dos traductores independientes, con experiencia y fluidez en ambos idiomas, cuya lengua materna era el portugués. Solo uno de los traductores fue informado sobre los conceptos y objetivos del PCPI-S, de manera que el desconocimiento de esta información permitiera que el segundo traductor estuviera más sensible para detectar diferentes significados del instrumento original<sup>(15)</sup>.

Las dos versiones traducidas fueron denominadas T1 y T2, y se compararon con el instrumento original y se sintetizaron, generando una versión única, denominada versión síntesis de las traducciones (T12)<sup>(15)</sup>. Esta etapa fue desarrollada por un tercer traductor independiente, cuya lengua materna era el portugués y tenía fluidez en inglés<sup>(15)</sup>.

La etapa de retrotraducción comprendió la traducción de la versión síntesis (T12) de vuelta al idioma original, generando dos versiones (RT1 y RT2). Esta etapa fue realizada por dos traductores independientes cuya lengua materna correspondía a la del instrumento original (inglés). En esta fase, los profesionales no fueron informados sobre los objetivos del PCPI-S<sup>(15)</sup>.

Finalizadas las etapas de traducción, síntesis y retrotraducción, se procedió a la evaluación de todas las versiones (T1, T2, T12, RT1 y RT2) por parte del comité de expertos para desarrollar la versión prefinal del PCPI-S<sup>(15)</sup>. Para la composición del comité de expertos, los miembros fueron invitados a partir del análisis curricular en la *Plataforma Lattes*, siendo seleccionados de forma intencional profesionales con experiencia en la traducción y adaptación de instrumentos y con participación en investigaciones relacionadas con el cuidado centrado en la persona, la gestión de seguridad y la calidad asistencial. La invitación fue enviada por correo electrónico. Tras la aceptación, se proporcionó el enlace de acceso al instrumento y al formulario de análisis de equivalencias.

El proceso de análisis de las versiones traducidas y retrotraducidas del PCPI-S por el comité de expertos permitió la comparación de las traducciones iniciales (T1 y T2), la versión síntesis (T12) y las retrotraducciones (RT1 y RT2), y permitió examinar las equivalencias semántica, idiomática, cultural y conceptual, además de su validez de contenido<sup>(15)</sup>.

La validez de contenido del PCPI-S fue analizada mediante el Índice de Validez de Contenido (IVC) y la Razón de Validez de Contenido (RVC)<sup>(16-17)</sup>.

Para el cálculo del IVC, se consideró una escala ordinal de cuatro puntos, con las opciones: (1) No relevante o no presenta claridad; (2) Requiere una revisión extensa para ser relevante o presentar claridad; (3) Requiere una pequeña revisión para ser relevante o presentar claridad; o (4) Relevante y representativo. El cálculo del IVC se realiza mediante la suma del número de respuestas "3" y "4" dividida por el número total de encuestados<sup>(16)</sup>.

Para la evaluación de la relevancia de los ítems del PCPI-S, se utilizó la RVC, en la cual los expertos evaluaron los ítems del instrumento a partir de una escala ordinal de tres puntos, siendo: 1) Ítem innecesario; 2) Ítem útil, pero innecesario; 3) Ítem esencial<sup>(16)</sup>.

Para la validez de contenido, considerando el número de participantes en la evaluación, se consideraron valores aceptables: IVC superior a 0,80 y RVC superior a 0,54<sup>(16)</sup>.

Tras el análisis de todas las versiones traducidas de los ítems del PCPI-S y las sugerencias del comité, se obtuvo la versión prefinal del PCPI-S para la realización del procedimiento de prueba piloto<sup>(15)</sup>. La etapa de prueba piloto comprendió la última fase del proceso de traducción y adaptación transcultural y consistió en la aplicación de

la versión prefinal del instrumento en una muestra de 30 sujetos, profesionales del área asistencial, entre ellos técnicos en enfermería y enfermeros. Los profesionales fueron seleccionados intencionalmente mediante la indicación de los supervisores de área de los sectores correspondientes al campo de estudio. La invitación para participar en la investigación fue enviada por intermedio de correo electrónico y una aplicación de mensajería instantánea, proporcionados por los supervisores. Tras aceptar participar en la investigación, los profesionales tuvieron acceso al enlace del Consentimiento Informado, que fue completado antes de acceder al formulario correspondiente al contenido de la etapa de prueba piloto. Los profesionales fueron orientados a evaluar las afirmaciones del instrumento en cuanto a la facilidad de comprensión y claridad del contenido, registrando, cuando fuera necesario, sugerencias de mejora para el perfeccionamiento del contenido.

Tras la etapa de prueba piloto, se envió un correo electrónico a los autores del PCPI-S con todas las versiones del proceso de adaptación transcultural, así como la versión brasileña del instrumento.

### **Análisis de las propiedades de medida del PCPI-S versión brasileña**

El PCPI-S fue desarrollado a partir de la estructura teórica del PCP-F, que aborda la relación terapéutica entre los profesionales, la persona a ser cuidada, sus familiares y cuidadores<sup>(6-7)</sup>.

El instrumento cuenta con 59 ítems, distribuidos en 17 dominios guiados por tres constructos<sup>(7)</sup>. Los dominios relacionados con los prerrequisitos profesionales incluyen la competencia profesional (ítems 1, 2 y 3), el desarrollo de habilidades interpersonales (ítems 4, 5, 6 y 7), el compromiso profesional con el trabajo (ítems 8, 9, 10, 11 y 12), el autoconocimiento (ítems 13, 14 y 15) y la claridad de creencias y valores (ítems 14, 15, 16, 17 y 18)<sup>(7)</sup>. Los aspectos relacionados con el dominio del entorno del cuidado incluyen la capacidad de combinar habilidades (ítems 19, 20 y 21), el ejercicio de compartir la toma de decisiones (ítems 22, 23, 24 y 25), el establecimiento de relaciones interprofesionales eficaces (ítems 26, 27 y 28), el reparto de poder (ítems 29, 30, 31 y 32), el potencial para la innovación y la toma de riesgos (ítems 33, 34 y 35), las características del entorno físico (ítems 36, 37 y 38), los sistemas organizacionales de apoyo (ítems 39, 40, 41, 42 y 43) y el manejo de creencias y valores (ítems 44, 45, 46 y 47)<sup>(7)</sup>. Los dominios que abordan los procesos centrados en la persona implican la toma de decisiones compartida (ítems 48, 49 y 50), estrategias de involucramiento de la persona (ítems 51, 52 y 53), actitud solidaria (ítems 54, 55 y 56) y prestación de cuidados holísticos (ítems 57, 58 y 59)<sup>(7)</sup>.

Las respuestas a los ítems se realizan mediante una escala ordinal de cinco puntos, cuyas opciones son: totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), neutral (3), de acuerdo (4) y totalmente de acuerdo (5)<sup>(7)</sup>.

La puntuación se obtiene mediante el cálculo del puntaje promedio de cada dominio, sumando la puntuación de todos los ítems correspondientes al dominio y dividiendo el total por el número de ítems del dominio<sup>(7)</sup>. Un promedio alto del porcentaje de respuestas indica una percepción positiva de la práctica en el entorno del cuidado<sup>(7)</sup>.

El análisis de la validez de constructo y la confiabilidad de la versión brasileña del PCPI-S se obtuvo mediante su aplicación en una muestra de 307 profesionales de enfermería de un hospital universitario de gran porte.

El lugar de recolección de los datos fue un hospital general, de enseñanza, en el interior del estado de São Paulo, con capacidad física para 403 camas distribuidas entre diferentes especialidades y que ofrece atención especializada de alta complejidad, financiada por el Sistema Único de Salud (SUS).

Para la recolección y gestión de los datos se utilizó el formulario *Google Forms*® y la hoja de cálculo del programa *Excel*® para el almacenamiento de la base de datos.

Se consideraron elegibles para el estudio todos los enfermeros y técnicos de enfermería con vínculo laboral en la institución por un período mínimo de seis meses. Los criterios de exclusión estuvieron relacionados con situaciones de ausencias, vacaciones o licencias médicas durante el período de recolección de datos.

La invitación para participar en la investigación fue enviada por correo electrónico y una aplicación de mensajería instantánea, proporcionados por los supervisores. Tras aceptar participar en la investigación, los profesionales accedieron al enlace del Consentimiento Informado, que fue completado antes de acceder al formulario *Google Forms*®.

### Tratamiento y análisis de los datos

El análisis descriptivo se realizó a partir del levantamiento de las características sociodemográficas y profesionales de los sujetos participantes de la investigación. Los porcentajes de las variables fueron calculados a partir de los datos recolectados en la plataforma *Google Forms*®.

La validez de constructo se llevó a cabo mediante el análisis factorial confirmatorio de segundo orden. Se utilizaron modelos de ecuaciones estructurales considerando como método de estimación el *Partial Least Squares* (PLS), o mínimos cuadrados parciales. Para la implementación de estos análisis se utilizó el *software Smart PLS 3.3.5*.

Para la evaluación de la validez de constructo, en primer lugar se evaluó la validez convergente del modelo, mediante el *Average Variance Extracted* (AVE) para cada uno de los 17 dominios del instrumento. Esta medida evalúa la proporción de la varianza de los ítems que es explicada por el factor/dominio al que pertenecen. Para que la validez convergente sea adecuada, los valores de AVE deben ser superiores a 0,5<sup>(17-18)</sup>.

La validez discriminante fue evaluada mediante el criterio de Fornell-Larcker<sup>(17-18)</sup>, que compara si la raíz cuadrada del AVE para determinado dominio es superior a los valores de correlación entre los demás dominios<sup>(17-18)</sup>. Otro criterio considerado para evaluar la validez discriminante fue el análisis de cargas cruzadas. En este caso, se verificó si la carga factorial de un ítem era más elevada en el dominio al cual fue originalmente asignado<sup>(17-18)</sup>, es decir, si cada uno de los 59 ítems del PCPI-S presentaba una carga factorial superior a 0,5 dentro de su respectivo dominio<sup>(17-18)</sup>.

La confiabilidad fue evaluada con base en la consistencia interna. Para ello, se consideraron el alfa de Cronbach, la fiabilidad compuesta y el omega de McDonald, siendo que valores iguales o superiores a 0,6 indican una consistencia satisfactoria<sup>(17-18)</sup>.

### Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la *Universidade Estadual de Campinas* (UNICAMP) [Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE): 62881722.6.0000.5404] y se obtuvo el consentimiento de todos los sujetos mediante la firma del Consentimiento Informado, conforme a la Resolución del Consejo Nacional de Salud/Ministerio de Salud (CNS/MS) 466/12.

### Resultados

El proceso de traducción y adaptación del instrumento se llevó a cabo sin dificultades, cumpliendo con las recomendaciones internacionales. Para la composición del comité de expertos, se envió la invitación a aproximadamente veintidós profesionales por correo electrónico, obteniéndose la devolución del formulario completado por quince profesionales.

El comité estuvo compuesto exclusivamente por mujeres, entre ellas una enfermera docente con experiencia en la traducción y adaptación de instrumentos y experiencia en el campo asistencial en servicios de salud pertenecientes a la cultura de origen del instrumento; nueve enfermeras docentes con experiencia en la gestión del cuidado centrado en la persona, seguridad y calidad asistencial; una enfermera

doctoranda involucrada en estudios relacionados con la seguridad del paciente; dos lingüistas con experiencia en el proceso de traducción y adaptación de instrumentos; una médica especialista en gestión de calidad y seguridad del paciente; y una enfermera docente e investigadora del cuidado centrado en la persona. Se realizó una ronda de análisis por parte del comité de expertos antes de la etapa de prueba piloto. En esta etapa, se calcularon los valores de IVC y RVC para todos los ítems del instrumento.

En la evaluación de la validez de contenido, los ítems 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 18, 23, 28, 30, 31, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 55, 58 y 59 presentaron un IVC de 1,0. Presentaron un IVC de 0,93 los ítems: 1, 2, 4, 6, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 41, 42, 53, 54, 57. Presentaron un IVC de 0,87 los ítems: 14, 20, 32, 34, 37, 52, 56.

Con respecto a la RVC, presentaron un valor de 1,0 los ítems 1, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 23, 25, 28, 31, 37, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 49, 50, 52, 54, 55, 58. Presentaron una RVC de 0,87 los ítems: 2, 4, 5, 6, 7, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 32, 35, 36, 38, 39, 52, 53, 56, 57. Presentaron una RVC de 0,73 los ítems 13, 14, 20, 33, 34 y 53.

Los expertos señalaron pequeñas sugerencias de modificación en los ítems. Aunque todos los ítems del instrumento alcanzaron consenso en cuanto a las equivalencias, algunas sugerencias fueron consideradas para mejorar la claridad. Estas sugerencias fueron analizadas y aceptadas por las investigadoras. Tras la incorporación de las sugerencias de los expertos y la

realización de las modificaciones necesarias en los ítems, no fue necesario realizar nuevas rondas de evaluación, ya que las alteraciones fueron únicamente gramaticales y no afectaron el contenido del instrumento.

La prueba piloto contó con la participación de treinta profesionales, siendo quince enfermeros y quince técnicos en enfermería, que trabajaban en la unidad de emergencia referenciada y en las unidades de hospitalización clínica/quirúrgica. La mayoría de los profesionales tenía entre 31 y 40 años (85%), era del sexo femenino (87%) y declaró más de diez años de experiencia en la institución (84%). Todos los participantes consideraron el instrumento adecuado para evaluar la percepción del cuidado centrado entre los profesionales, clasificando los ítems como comprensibles o parcialmente comprensibles. El tiempo medio de llenado del instrumento fue de 15 minutos, con un rango de 10 a 31 minutos.

Al final de la etapa de prueba piloto, no se observaron sugerencias por parte de los participantes para modificar los ítems.

De los 307 profesionales que respondieron al instrumento, 240 (78%) eran mujeres y 67 (22%) hombres. El tiempo medio de experiencia en el área fue de 10 años (85,1%). El rango de edad predominante fue de 41 a 50 años (42,2%), mientras que el 69,8% se autodeclaró blanco. El nivel educativo más mencionado fue la especialización *lato sensu* (37,3%). Los resultados de la validez convergente y confiabilidad del PCPI-S-VB se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 - Validez convergente del modelo factorial y consistencia interna de la versión brasileña del *Person-centred Practice Inventory-Staff* (n = 307). Campinas, SP, Brasil, 2023

Dominios	AVE*	Consistencia Interna		
		Fiabilidad Compuesta	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Profesionalmente competente	0,53	0,77	0,56	0,61
Habilidades interpersonales desarrolladas	0,49	0,79	0,66	0,75
Estar comprometido con el trabajo	0,55	0,86	0,80	0,83
Conocer a si mismo	0,63	0,83	0,70	0,72
Claridad de creencias y valores	0,59	0,81	0,65	0,66
Combinación de habilidades	0,60	0,82	0,67	0,68
Toma de decisiones compartida	0,62	0,87	0,80	0,84
Relaciones de equipo eficaces	0,72	0,89	0,81	0,83
Distribución de poder	0,61	0,86	0,79	0,81
Potencial para la innovación y toma de riesgos	0,50	0,75	0,50	0,51
El entorno físico	0,59	0,81	0,66	0,68
Sistemas organizacionales de apoyo	0,63	0,89	0,85	0,88
Trabajar con las creencias y valores del paciente	0,56	0,84	0,74	0,81
Toma de decisiones compartida	0,59	0,81	0,65	0,66
Compromiso	0,62	0,83	0,70	0,70
Tener presencia solidaria	0,71	0,88	0,79	0,80
Prestación de cuidados holísticos	0,71	0,88	0,79	0,81

\*Varianza Media Extraída

Los resultados de la validez discriminante del modelo factorial del PCPI-S-VB, según el Criterio de Fornell-Larcker, se presentan en la Tabla 2.

En la Tabla 3 se presentan las Cargas Cruzadas del modelo factorial del *Person-centred Practice Inventory-Staff*.

Tabla 2 - Validez Discriminante del modelo factorial del *Person-centred Practice Inventory-Staff*, mediante el Criterio de Fornell-Larcker\* (n = 307). Campinas, SP, Brasil, 2023

Dominio	Dominio																
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1.	<b>0,73</b>																
2.	0,49	<b>0,70</b>															
3.	0,41	0,59	<b>0,74</b>														
4.	0,28	0,41	0,42	<b>0,79</b>													
5.	0,41	0,49	0,52	0,44	<b>0,77</b>												
6.	0,30	0,49	0,48	0,36	0,51	<b>0,77</b>											
7.	0,39	0,30	0,44	0,34	0,49	0,40	<b>0,79</b>										
8.	0,32	0,29	0,34	0,29	0,43	0,21	0,49	<b>0,85</b>									
9.	0,38	0,33	0,40	0,30	0,50	0,32	0,57	0,69	<b>0,78</b>								
10.	0,53	0,43	0,50	0,39	0,49	0,45	0,56	0,49	0,64	<b>0,71</b>							
11.	0,59	0,49	0,49	0,41	0,46	0,47	0,41	0,39	0,46	0,54	<b>0,77</b>						
12.	0,32	0,34	0,36	0,32	0,42	0,32	0,56	0,66	0,71	0,56	0,49	<b>0,79</b>					
13.	0,41	0,47	0,60	0,39	0,50	0,45	0,39	0,41	0,45	0,57	0,60	0,47	<b>0,75</b>				
14.	0,45	0,39	0,47	0,32	0,44	0,37	0,39	0,33	0,38	0,49	0,54	0,39	0,71	<b>0,77</b>			
15.	0,38	0,53	0,54	0,41	0,45	0,55	0,35	0,33	0,40	0,50	0,57	0,37	0,67	0,65	<b>0,79</b>		
16.	0,30	0,49	0,55	0,34	0,41	0,48	0,28	0,35	0,35	0,45	0,51	0,37	0,64	0,61	0,65	<b>0,84</b>	
17.	0,37	0,51	0,56	0,39	0,42	0,48	0,25	0,28	0,27	0,47	0,51	0,30	0,66	0,56	0,63	0,73	<b>0,84</b>

Nota: 1. Competente profesionalmente; 2. Habilidades interpersonales desarrolladas; 3. Comprometido con el trabajo; 4. Autoconocimiento; 5. Claridad de creencias y valores; 6. Combinación de habilidades; 7. Toma de decisiones compartida; 8. Relaciones de equipo eficaces; 9. Distribución de poder; 10. Potencial para la innovación y toma de riesgos; 11. El entorno físico; 12. Sistemas organizacionales de apoyo; 13. Trabajar con las creencias y valores del paciente; 14. Toma de decisiones compartida; 15. Compromiso; 16. Tener presencia solidaria; 17. Prestación de cuidados holísticos

\*Valores de la raíz cuadrada de la Varianza Media Extraída en destaque

Tabla 3 - Validez Discriminante del modelo factorial del *Person-centred Practice Inventory-Staff*, mediante las Cargas Cruzadas (n = 307). Campinas, SP, Brasil, 2023

Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	<b>0,61</b>	<b>0,32</b>	<b>0,27</b>	<b>0,17</b>	<b>0,27</b>	<b>0,33</b>	<b>0,21</b>	<b>0,23</b>	<b>0,24</b>	<b>0,27</b>	<b>0,21</b>	<b>0,16</b>	<b>0,27</b>	<b>0,17</b>	<b>0,21</b>	<b>0,17</b>	<b>0,17</b>
2	<b>0,80</b>	0,41	0,49	0,26	0,25	0,36	0,24	0,20	0,27	0,38	0,29	0,20	0,28	0,23	0,29	0,28	0,33
3	<b>0,77</b>	0,42	0,51	0,25	0,37	0,30	0,37	0,24	0,29	0,40	0,37	0,23	0,35	0,24	0,34	0,24	0,30
4	0,45	<b>0,65</b>	0,37	0,22	0,36	0,32	0,13	0,16	0,18	0,22	0,25	0,13	0,24	0,17	0,34	0,30	0,32
5	0,39	<b>0,73</b>	0,42	0,19	0,32	0,34	0,17	0,11	0,21	0,25	0,28	0,18	0,27	0,23	0,33	0,28	0,34
6	0,35	<b>0,77</b>	0,47	0,35	0,35	0,37	0,29	0,29	0,29	0,41	0,45	0,30	0,42	0,38	0,44	0,48	0,42
7	0,32	<b>0,65</b>	0,39	0,38	0,37	0,34	0,21	0,22	0,23	0,29	0,35	0,30	0,36	0,28	0,34	0,28	0,33
8	0,45	0,44	<b>0,67</b>	0,31	0,29	0,28	0,20	0,18	0,22	0,27	0,28	0,13	0,28	0,20	0,36	0,35	0,33
9	0,33	0,41	<b>0,74</b>	0,28	0,38	0,27	0,34	0,26	0,30	0,38	0,41	0,32	0,54	0,47	0,42	0,48	0,50
10	0,46	0,42	<b>0,74</b>	0,32	0,41	0,31	0,35	0,23	0,23	0,41	0,40	0,26	0,46	0,37	0,40	0,39	0,40
11	0,47	0,49	<b>0,79</b>	0,34	0,44	0,45	0,35	0,30	0,37	0,39	0,32	0,32	0,49	0,34	0,41	0,43	0,44

(continúa en la página siguiente...)



(continuación...)

Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
12	0,52	0,44	<b>0,77</b>	0,32	0,40	0,46	0,39	0,26	0,34	0,38	0,42	0,28	0,45	0,35	0,41	0,38	0,38
13	0,24	0,31	0,35	<b>0,83</b>	0,34	0,23	0,34	0,27	0,25	0,32	0,33	0,28	0,34	0,27	0,34	0,26	0,30
14	0,21	0,33	0,26	<b>0,78</b>	0,32	0,23	0,19	0,22	0,25	0,26	0,33	0,20	0,25	0,26	0,32	0,27	0,25
15	0,29	0,34	0,39	<b>0,76</b>	0,39	0,39	0,28	0,20	0,22	0,35	0,32	0,28	0,33	0,22	0,32	0,29	0,37
16	0,30	0,36	0,43	0,47	<b>0,75</b>	0,37	0,38	0,31	0,38	0,36	0,35	0,37	0,43	0,35	0,32	0,36	0,31
17	0,25	0,31	0,27	0,25	<b>0,74</b>	0,42	0,30	0,26	0,32	0,37	0,35	0,26	0,31	0,29	0,30	0,25	0,30
18	0,37	0,45	0,47	0,30	<b>0,81</b>	0,39	0,43	0,41	0,45	0,41	0,36	0,33	0,41	0,38	0,41	0,32	0,34
19	0,35	0,33	0,34	0,23	0,28	<b>0,76</b>	0,23	0,05	0,15	0,26	0,33	0,16	0,32	0,23	0,39	0,30	0,33
20	0,35	0,37	0,40	0,29	0,54	<b>0,83</b>	0,39	0,25	0,34	0,43	0,41	0,34	0,42	0,33	0,43	0,39	0,39
21	0,34	0,44	0,37	0,32	0,33	<b>0,73</b>	0,30	0,16	0,23	0,33	0,34	0,23	0,31	0,29	0,46	0,41	0,39
22	0,36	0,32	0,40	0,27	0,47	0,45	<b>0,78</b>	0,36	0,40	0,43	0,33	0,32	0,33	0,35	0,37	0,24	0,22
23	0,26	0,27	0,37	0,35	0,37	0,31	<b>0,83</b>	0,38	0,41	0,43	0,35	0,46	0,30	0,29	0,24	0,23	0,21
24	0,27	0,20	0,35	0,26	0,38	0,27	<b>0,80</b>	0,45	0,50	0,45	0,33	0,55	0,32	0,30	0,25	0,21	0,19
25	0,32	0,13	0,27	0,20	0,31	0,23	<b>0,76</b>	0,37	0,48	0,47	0,28	0,44	0,29	0,30	0,23	0,19	0,17
26	0,33	0,31	0,35	0,28	0,42	0,27	0,45	<b>0,90</b>	0,62	0,48	0,33	0,58	0,38	0,29	0,32	0,34	0,28
27	0,27	0,27	0,29	0,24	0,36	0,18	0,43	<b>0,91</b>	0,63	0,44	0,36	0,60	0,36	0,27	0,29	0,31	0,24
28	0,14	0,13	0,20	0,23	0,31	0,06	0,36	<b>0,74</b>	0,51	0,31	0,31	0,50	0,32	0,30	0,22	0,25	0,17
29	0,25	0,23	0,30	0,16	0,38	0,18	0,35	0,60	<b>0,78</b>	0,43	0,34	0,57	0,39	0,29	0,31	0,27	0,19
30	0,37	0,27	0,40	0,28	0,46	0,31	0,44	0,41	<b>0,73</b>	0,52	0,39	0,42	0,40	0,39	0,44	0,35	0,28
31	0,23	0,18	0,22	0,19	0,33	0,23	0,42	0,55	<b>0,77</b>	0,47	0,30	0,58	0,23	0,18	0,21	0,18	0,13
32	0,29	0,24	0,31	0,29	0,38	0,27	0,54	0,60	<b>0,83</b>	0,55	0,39	0,67	0,35	0,29	0,27	0,27	0,22
33	0,33	0,25	0,31	0,23	0,36	0,18	0,55	0,57	<b>0,69</b>	0,72	0,34	0,62	0,36	0,28	0,30	0,20	0,20
34	0,36	0,36	0,33	0,31	0,34	0,44	0,38	0,21	<b>0,36</b>	0,72	0,40	0,37	0,43	0,37	0,35	0,38	0,39
35	0,34	0,30	0,42	0,30	0,34	0,33	0,26	0,24	<b>0,30</b>	0,68	0,41	0,19	0,42	0,41	0,43	0,39	0,42
36	0,34	0,34	0,36	0,36	0,23	0,34	0,21	0,23	<b>0,31</b>	0,36	0,70	0,24	0,41	0,43	0,44	0,35	0,36
37	0,27	0,36	0,37	0,29	0,38	0,38	0,25	0,32	<b>0,34</b>	0,40	0,81	0,4	0,47	0,42	0,45	0,41	0,40
38	0,33	0,42	0,41	0,31	0,43	0,37	0,46	0,34	<b>0,40</b>	0,48	0,80	0,47	0,49	0,40	0,44	0,42	0,42
39	0,17	0,19	0,21	0,31	0,28	0,22	0,41	0,50	<b>0,49</b>	0,34	0,35	0,71	0,29	0,23	0,23	0,20	0,11
40	0,14	0,30	0,23	0,20	0,30	0,18	0,37	0,45	<b>0,47</b>	0,33	0,36	0,74	0,29	0,28	0,22	0,23	0,19
41	0,25	0,28	0,29	0,30	0,34	0,30	0,46	0,55	<b>0,57</b>	0,48	0,4	0,82	0,38	0,34	0,31	0,32	0,25
42	0,26	0,3	0,34	0,23	0,37	0,29	0,43	0,54	<b>0,66</b>	0,51	0,44	0,83	0,45	0,36	0,36	0,38	0,32
43	0,25	0,25	0,31	0,25	0,37	0,27	0,54	0,56	<b>0,60</b>	0,51	0,38	0,84	0,44	0,33	0,31	0,29	0,28
44	0,35	0,37	0,39	0,29	0,25	0,40	0,24	0,30	<b>0,33</b>	0,41	0,38	0,33	0,66	0,45	0,47	0,40	0,42
45	0,28	0,34	0,46	0,29	0,33	0,32	0,21	0,26	<b>0,29</b>	0,38	0,40	0,29	0,81	0,59	0,56	0,54	0,60
46	0,32	0,35	0,51	0,27	0,49	0,31	0,38	0,35	<b>0,33</b>	0,49	0,46	0,41	0,76	0,56	0,46	0,54	0,48
47	0,30	0,36	0,45	0,32	0,42	0,34	0,33	0,33	<b>0,39</b>	0,43	0,55	0,38	0,76	0,52	0,51	0,44	0,48
48	0,20	0,31	0,36	0,19	0,36	0,27	0,27	0,27	<b>0,25</b>	0,40	0,38	0,26	0,59	0,80	0,53	0,46	0,51
49	0,22	0,30	0,42	0,24	0,40	0,30	0,42	0,29	<b>0,33</b>	0,39	0,42	0,40	0,55	0,79	0,44	0,45	0,39
50	0,26	0,28	0,29	0,31	0,25	0,29	0,19	0,19	<b>0,29</b>	0,34	0,44	0,23	0,48	0,71	0,52	0,50	0,40
51	0,35	0,46	0,46	0,37	0,31	0,49	0,28	0,24	<b>0,26</b>	0,39	0,50	0,25	0,52	0,47	0,79	0,48	0,55
52	0,27	0,38	0,35	0,32	0,39	0,33	0,26	0,28	<b>0,34</b>	0,42	0,37	0,30	0,49	0,48	0,76	0,45	0,43
53	0,30	0,41	0,46	0,29	0,37	0,47	0,28	0,26	<b>0,35</b>	0,39	0,48	0,33	0,57	0,58	0,82	0,60	0,52

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
54	0,23	0,42	0,44	0,25	0,34	0,43	0,24	0,34	<b>0,33</b>	0,34	0,45	0,34	0,55	0,59	0,64	0,88	0,60
55	0,26	0,39	0,47	0,33	0,36	0,39	0,27	0,28	<b>0,33</b>	0,40	0,45	0,33	0,61	0,52	0,52	0,86	0,64
56	0,33	0,42	0,47	0,29	0,33	0,39	0,18	0,27	<b>0,22</b>	0,41	0,39	0,26	0,46	0,42	0,48	0,79	0,60
57	0,33	0,37	0,38	0,32	0,29	0,42	0,20	0,16	<b>0,15</b>	0,35	0,36	0,14	0,47	0,36	0,44	0,53	0,75
58	0,29	0,43	0,48	0,29	0,36	0,38	0,22	0,24	<b>0,21</b>	0,41	0,44	0,28	0,58	0,55	0,56	0,64	0,87
59	0,34	0,47	0,53	0,37	0,38	0,42	0,21	0,28	<b>0,30</b>	0,43	0,48	0,31	0,59	0,49	0,58	0,66	0,90

## Discusión

El proceso de adaptación transcultural del PCPI-S –versión brasileña– siguió las etapas recomendadas internacionalmente<sup>(15-19)</sup>, sin mayores dificultades, debido al compromiso del comité en la evaluación de los 59 ítems, así como a la estructura objetiva y el marco teórico del instrumento<sup>(6-7)</sup>.

Partiendo del supuesto de que la lectura, interpretación y el consecuente llenado de un instrumento no solo generan datos, sino que incitan a los sujetos a reflexionar sobre su práctica y a un posterior movimiento de cambio con el fin de mejorar o ajustar el desempeño, se procuró, durante todo el proceso de traducción y adaptación del instrumento, replicar el constructo original<sup>(15)</sup>.

Con el objetivo de estimular el autoanálisis y la sensibilización de los sujetos, colocándose en la situación presentada por la afirmación, todas las declaraciones fueron readecuadas iniciando con el pronombre “yo”, y se sustituyeron los términos “llevo” y “uso” por “dedico” y “costumbro” en los ítems 13 y 14, respectivamente.

En el análisis del dictamen de los expertos, el término “*challenge*”, presente en los ítems 7 y 17, generó ambigüedades, siendo interpretado por algunos de forma peyorativa, asociándolo a la competencia y a conflictos interpersonales, lo cual es contrario al modelo de cuidado propuesto. Considerando que la afirmación busca investigar la postura del sujeto frente al equipo ante divergencias en las prácticas, se optó, tras consenso entre las investigadoras, el comité de expertos y la lingüista, por sustituir el término por “confrontación”. El término “*ward rounds*”, presente en el ítem 25, fue traducido como “rondas de enfermería”, expresión frecuentemente utilizada en países europeos para describir el relevo de turno al pie de la cama realizado por profesionales de enfermería. Sin embargo, esta terminología no es común en la cultura brasileña, lo que podría generar interpretaciones divergentes entre los participantes. Ante ello, se optó por readecuar el término a “relevo de turno al pie de la cama”, con el fin de facilitar la comprensión de la afirmación.

La validación de contenido del PCPI-S, reconocida internacionalmente como la etapa más relevante en el proceso de validación de instrumentos<sup>(16)</sup>, contó con la amplia experiencia y formación de las participantes del comité de expertos. Se analizaron las evaluaciones de 15 profesionales que actuaban en gestión, docencia e investigación. Como resultado, la versión del PCPI-S obtuvo un IVC superior a 0,87 y un RVC superior a 0,73 para todos los ítems, superando los valores recomendados para el análisis por 15 jueces<sup>(16)</sup>.

Una vez finalizados los ajustes sugeridos por el comité de expertos, se elaboró la versión prefinal del PCPI-S, que posteriormente fue sometida a la prueba piloto. El tiempo medio de respuesta al instrumento fue de 15 minutos, y los participantes consideraron el instrumento adecuado y comprensible.

Tras la finalización de la prueba piloto, se procedió a la etapa de evaluación de las propiedades de medida del instrumento, que comprendió la evaluación de la validez de constructo convergente y discriminante, y la fiabilidad del PCPI-S.

En el análisis factorial confirmatorio, los valores de AVE y de las cargas cruzadas fueron superiores a 0,5, lo que confirmó la validez de constructo convergente, manteniéndose los 17 dominios del PCPI-S original<sup>(17-18)</sup>. Aunque solo el dominio 2 “Habilidades interpersonales desarrolladas” presentó un AVE de 0,49, valor muy próximo al umbral de 0,5 para sugerir validez convergente, todos los ítems del dominio presentaron cargas factoriales superiores a 0,65, lo que también indica evidencia de validez convergente en este dominio<sup>(17-18)</sup>.

El análisis también presentó evidencias de validez discriminante, con base en el Criterio de Fornell-Larcker, en el cual se verifica que los valores de correlación dentro de cada dominio fueron superiores a las correlaciones entre dominios distintos<sup>(17-18)</sup>. En cuanto a la fiabilidad, el análisis de la consistencia interna del instrumento indica que, aunque el alfa de Cronbach presentó valores entre 0,5 y 0,8, este coeficiente es una estimación de la fiabilidad para medir un único constructo común a todos los ítems de un dominio, siempre que sea unidimensional y presente cargas factoriales similares. Como los ítems



dentro de un mismo dominio presentaron comportamiento multifactorial, se recurrió a medidas alternativas de fiabilidad, como el omega de McDonald, que varió entre 0,61 y 0,88, y la fiabilidad compuesta, que no asume la unidimensionalidad de los ítems, siendo por tanto una medida más imparcial. La fiabilidad compuesta presentó valores entre 0,77 y 0,89, lo que indica evidencias de consistencia interna del PCPI-S-VB y refuerza la precisión del instrumento<sup>(15,17)</sup>.

A diferencia de la traducción malaya<sup>(10)</sup>, que enfrentó desafíos en la traducción y adaptación debido a la preocupación por mantener la interdisciplinariedad del instrumento, además de haberse realizado en un contexto de atención primaria con una muestra multiprofesional, el proceso de adaptación transcultural al contexto brasileño no presentó dificultades significativas. En la versión malaya, el uso del análisis factorial exploratorio resultó en la exclusión de 6 de los 17 dominios. En cambio, en la adaptación para Brasil fue posible mantener la estructura original del instrumento, en consonancia con las demás traducciones<sup>(7-9,11-14)</sup>.

Conceptualmente, el marco teórico de la práctica centrada en la persona sostiene que la percepción de todas las personas involucradas en el proceso de cuidado debe ser considerada y valorada, incentivando el ejercicio de relaciones armoniosas y, en consecuencia, fortaleciendo el vínculo entre profesionales, familiares y pacientes<sup>(6)</sup>. Así, el uso del PCPI-S-VB puede sensibilizar a los profesionales de la salud sobre dimensiones no técnicas del cuidado, como la experiencia del paciente<sup>(20-23)</sup>. En esta perspectiva, se considera que el uso del instrumento validado en este estudio favorece, entre los profesionales, un ciclo virtuoso de cuidado, integrando las dimensiones afectiva, cognitiva, conductual, moral y empática del cuidado centrado en la persona. La interacción entre estas dimensiones permite que los profesionales compartan y comprendan los sentimientos de la persona enferma, mejorando la comunicación y promoviendo un cuidado más humanizado. De este modo, el deseo de ayudar pasa a ser impulsado por una motivación interna genuina de los profesionales de la salud<sup>(23)</sup>.

Así, la principal contribución de este estudio es la disponibilidad de la versión brasileña del *Person-centred Practice Inventory-Staff* para sensibilizar a los profesionales de la salud y promover el cuidado centrado en la persona y su familia. La validación del instrumento en otros países<sup>(8-14)</sup> demuestra su credibilidad, permitiendo la comparabilidad de datos y la identificación de estrategias para el desarrollo de profesionales con competencias clínicas y habilidades conductuales orientadas al cuidado centrado en la persona.

El PCPI-S original fue desarrollado para ser aplicado en diferentes entornos de atención y dirigido al equipo multiprofesional de salud. Por tanto, la principal limitación de este estudio es que la recolección de datos para el análisis de las propiedades de medida de la versión brasileña del PCPI-S se realizó únicamente con profesionales de enfermería en una única institución hospitalaria. Por lo tanto, se recomienda la aplicación de la versión brasileña del PCPI-S en diferentes contextos de atención, involucrando a otros profesionales del equipo multiprofesional.

## Conclusión

La versión brasileña del *Person-centred Practice Inventory-Staff* demostró evidencias de validez y consistencia interna para medir la percepción de la práctica del cuidado centrado en la persona entre profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario.

Se reitera la importancia de investigar y validar la percepción de las demás categorías profesionales frente al cuidado centrado en la persona en un escenario muestral más amplio. Considerando que el instrumento puede ser aplicado a diferentes categorías profesionales y en diversos contextos de atención, resulta relevante explorar poblaciones y entornos diversos.

## Agradecimientos

A los profesionales de enfermería del Hospital de Clínicas de la Unicamp que respondieron a la investigación, y al estadístico Henrique Ceretta de Oliveira, de la Facultad de Enfermería de la Unicamp, quien realizó el análisis estadístico y brindó apoyo a los autores en la interpretación de los datos.

## Referencias

1. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Mar 08]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
2. McCormack B, McCance T, Bulley C, Brown D, McMillan A, Martin S, editors. *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2021. 384 p.
3. McCormack B, McCance T, organizators. *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Oxford: John Wiley & Sons; 2017. 288 p.
4. Fernandes JB, Vareta D, Fernandes S, Almeida AS, Peças D, Ferreira N, et.al. *Rehabilitation Workforce Challenges*

- to Implement Person-Centered Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(6):3199. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063199>
5. Rikkert MGMO, Melis RJF, Cohen AA, Peeters GMEE. Why illness is more important than disease in old age. *Age Ageing* [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 08];51(1):afab267. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afab267>
  6. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2025 Mar 08];56(5):472-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
  7. Slater P, McCance T, McCormack B. The development and testing of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S). *Int J Qual Health Care*. 2017 [cited 2025 Mar 08];29(4):541-7. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx066>
  8. Jonsson PCB, Slater P, McCormack B, Fagerström L. Norwegian translation, cultural adaption and testing of the Person-centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 08];18:555. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3374-5>
  9. Weis MLD, Wallner M, Kock-Hodi S, Hildebrandt C, McCormack B, Mayer H. German translation, cultural adaptation and testing of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S). *Nurs Open* [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 08];7(5):1400-11. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.511>
  10. Balqis-Ali NZ, Saw PS, Jailani AS, Fun WH, Saleh NM, Tengku Bahanuddin TPZ, et al. Cross-cultural adaptation and exploratory factor analysis of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S) questionnaire among Malaysian primary healthcare providers. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 08];21(1):32. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06012-9>
  11. Kim S, Tak SH. Validity and Reliability of the Korean Version of Person-centered Practice Inventory-Staff for Nurses. *J Korean Acad Nurs* [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 08];51(3):363-79. Available from: <https://doi.org/10.4040/jkan.21027>
  12. Von Dach C, Schlup N, Gschwenter S, McCormack B. German translation, cultural adaptation and validation of the Person-Centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];23(1):458. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09483-8>
  13. Ventura F, Costa P, Chaplin J, Domingues I, Ferreira RJO, McCormack B, et al. Translation, cultural adaptation and validation of the Person-centered Practices Inventory - Team (PCPI-S). *Cien Saúde Colet* [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];28(11):3347-66. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.17072022>
  14. Errasti-Ibarrondo B, Rosa-Salas VL, Lizarbe-Chocarro M, Gavela-Ramos Y, Choperena A, Moreno LA, et al. Translation and transcultural adaptation of the Person-Centred Practice Inventory Staff (PCPI-S) for health professionals in Spain. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];46(2):e1039. Available from: <https://doi.org/10.23938/ASSN.1039>
  15. Cruchinho P, López-Franco MD, Capelas ML, Almeida S, Bennett PM, Silva MM, et al. Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation of Measurement Instruments: A Practical Guideline for Novice Researchers. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 08];17:2701-28. Available from: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714>
  16. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2019 [cited 2025 Mar 08];15(2):214-21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.03.066>
  17. Cheung GW, Cooper-Thomas HD, Lau RS, Wang LC. Reporting reliability, convergent and discriminant validity with structural equation modeling: A review and best-practice recommendations. *Asia Pac J Manag* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 08];41:745-83. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10490-023-09871-y>
  18. Teig CJP, Bond MJ, Grotle M, Kjøllesdal M, Saga S, Cvancarova MS, et al. A novel method for the translation and cross-cultural adaptation of health-related quality of life Patient-reported outcome measurements. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];21(1):13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02089-y>
  19. O'Donnell D, Slater P, McCance T, McCormack B, McIlpatrick S. The development and validation of the Person-centred Practice Inventory-Student instrument: A modified Delphi study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 08];100:104826. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104826>
  20. Radbron E, Wilson V, McCance T, Middleton R. The experience of staff utilizing data to evaluate and improve person-centred practice: An action research study. *J Adv Nurs*. 2022 [cited 2025 Mar 08];78(10):3457-69. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.15386>
  21. Vareta DA, Oliveira C, Família C, Ventura F. Perspectives on the Person-Centered Practice of Healthcare Professionals at an Inpatient Hospital Department: A Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];25;20(9):5635. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph20095635>
  22. Andersen LH, Jensen RD, Skipper M, Lietzen LW, Krogh K, Løfgren B. Ward round communication with

older patients. Clin Teach [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];20(6):e13614. Available from: <https://doi.org/10.1111/tct.13614>

23. Byrne M, Campos C, Daly S, Lok B, Miles A. The current state of empathy, compassion and person-centred communication training in healthcare: An umbrella review. Patient Educ Couns [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 08];119:e108063. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108063>

## Contribución de los autores

### Criterios obligatorios

**Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas:** Juliana Andrioli Nucci, Edinêis de Brito Guirardello, Ariane Polidoro Dini.

## Contribuciones específicas

**Curación de datos:** Juliana Andrioli Nucci, Edinêis de Brito Guirardello, Ariane Polidoro Dini. **Obtención de financiación:** Ariane Polidoro Dini. **Supervisión y gestión del proyecto:** Juliana Andrioli Nucci, Edinêis de Brito Guirardello, Ariane Polidoro Dini.

**Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

## Declaración de Disponibilidad de Datos


Todos los datos generados o analizados durante este estudio están incluidos en este artículo publicado.

Recibido: 07.11.2024  
Aceptado: 27.04.2025

Editora Asociada:  
Rosana Aparecida Spadoti Dantas

**Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autora de correspondencia:  
Ariane Polidoro Dini  
E-mail: [adini@unicamp.br](mailto:adini@unicamp.br)  
 <https://orcid.org/0000-0002-5830-9989>