



Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: Historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo

Cross-Cultural adaptation of evaluation instruments in health: History and reflections of why, how and when

María Teresa Lira^{a✉}, Erika Caballero^b.

^a Enfermera Matrona, Especialista Cardiovascular, Unidad de Investigación Clínica Hospital FACH. Santiago, Chile.

^b Enfermera Matrona, MSc Educación, Profesor Escuela de Enfermería Universidad Autónoma de Chile. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 02 05 2019.

Aceptado: 27 08 2019.

Palabras clave:

Adaptación transcultural, instrumento de medición, salud, equivalencia, comité de expertos.

Key words:

Transcultural, adaptation, measuring instrument, healthy equivalence, experts committee.

RESUMEN

En la actualidad se enfatiza el enfoque universal para abordar situaciones de interés mundial en ámbitos tales como educación, economía y salud. Esto requiere indicadores transversales que permitan comparaciones adecuadas. En el área de la salud esto es especialmente relevante para comprender, conocer y responder problemas sanitarios que trascienden las fronteras.

La mayoría de los instrumentos de evaluación en salud han sido desarrollados en idioma anglosajón, lo que requiere de un proceso de Adaptación Transcultural (AT) para ser utilizados en países de habla hispana. La AT va más allá de la mera traducción; tiene etapas y requiere componentes específicos para asegurar la validez y confiabilidad del instrumento al ser aplicado en poblaciones con diferente cultura y/o idioma.

El presente artículo tiene por objetivo revisar la relevancia de la adaptación transcultural de instrumentos en salud, los componentes y recomendaciones generales del proceso, así como también algunos conceptos claves como la equivalencia, el rol del comité de expertos y la prueba piloto del instrumento adaptado. Se describe el desarrollo histórico de este proceso, evidencia de su uso y desafíos actuales. Finalmente se insta a la revisión de los documentos referenciados para quienes deseen ahondar en los recursos disponibles que lo guían.

SUMMARY

Nowadays the use of a universal approach is emphasized to address issues of world level interest in the areas of education, economy and health, among others. This requires cross-sectional indicators that allow adequate comparisons. In the health area this is especially relevant to gain knowledge, understanding and responses of health problems that transcend borders.

Most health assessment instruments have been developed in Anglo-Saxon cultures and languages, which require a process of Transcultural Adaptation (TA) to be used in Spanish-speaking countries. TA means not

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: tlira@uc.cl; mtlira@fach.mil.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.08.003>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



only translation; it has steps and requires specific components to ensure the validity and reliability of the instrument when applied to populations with different culture and/or languages.

The objective of this article is to review the relevance of cross-cultural adaptation of health instruments, the components and general recommendations of the process as well as some key concepts such as equivalence, the role of the expert committee and the pilot testing of the adapted instrument. It describes the historical development of this process, evidence of its use and current challenges. Finally, the reviewing of the referenced documents is recommended for those who wish to gain more knowledge in the available resources that guide this process.

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual de un mundo globalizado, cada vez es más relevante contar con instrumentos de medición o evaluación transversales que permitan comparar indicadores, resultados y otros índices. Un ejemplo de ello es la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) donde se intercambian experiencias, se identifican soluciones y se proponen recomendaciones a problemas comunes, incluidos aquellos del ámbito de la salud.

Las guías clínicas basadas en la evidencia, la internacionalización de estudios clínicos y los cambios en los patrones de migración requieren de mediciones universalmente válidas para la comparación y agregación de resultados e indicadores. Sólo los estudios comparativos de distintos individuos y poblaciones posibilitan estandarizar parámetros. Un alto nivel de estandarización permite codificar terminología (ej. código CIE), clasificar la mortalidad o la discapacidad y efectuar estudios epidemiológicos y de costo-efectividad a nivel mundial¹⁻⁸.

El proceso de evaluación constituye el primer paso para la toma de decisiones en salud. Para ello, es cada vez más frecuente la aplicación de escalas o cuestionarios. Estos instrumentos proporcionan información de manera más objetiva y no invasiva sobre: parámetros clínicos, funcionalidad, gravedad, predicción de riesgo y calidad de vida, entre muchos otros. El propósito de estas herramientas es contribuir de manera más eficiente al resto del *continuum* del proceso de atención en salud, esto es: afinar el diagnóstico, evaluar el pronóstico, guiar las decisiones clínicas y terapéuticas, definir el seguimiento e incluso estimar los recursos.

Sin embargo, la mayoría de estas herramientas han sido elaboradas en países y culturas angloamericanas o anglosajonas (en idioma inglés) y requieren de un proceso especial de adaptación para poder ser aplicadas de manera segura y eficiente en otros países y culturas, especialmente si requieren traducción a otro idioma^{9,10}.

Cuando no se cuenta con un instrumento de medición/evaluación en el propio idioma, o en la propia cultura, los clínicos e

investigadores tienen dos opciones: desarrollar uno o modificar una herramienta previamente validada en otro idioma (o cultura), lo que se denomina proceso de adaptación transcultural^{10,11}.

Elaborar un instrumento es un proceso lento y costoso. En la segunda opción, si la adaptación consiste en simple traducción, es poco probable que sea exitosa debido a diferencias del idioma y la cultura^{5,10,12}. El grado de adaptación de un instrumento de medición depende de las similitudes (o diferencias) en la estructura del lenguaje y en la cultura entre la población para la cual se diseñó el instrumento y la nueva población a la cual se quiere aplicar, llamada también población diana o población de destino¹³.

CONCEPTO DE CULTURA

La Real Academia de la Lengua (RAE) define el término *cultura* como el “conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.” y define *transcultural* como aquello que “afecta a varias culturas o a sus relaciones”. Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) define cultura como el “conjunto de características distintivas espirituales, materiales, intelectuales y emocionales de una sociedad o grupo social, que abarca, además del arte y la literatura, estilos de vida, formas de convivencia, sistemas de valores, tradiciones y creencias”⁶.

Ciconelli¹⁴ sostiene que cada sociedad tiene sus propias creencias, actitudes, costumbres, normas de comportamiento y hábitos sociales, lo que guía a las personas respecto a quiénes son y cómo comportarse. Estas reglas o conceptos reflejan la cultura de un país y pueden ser diferentes a otro. En este contexto, es importante considerar la influencia de la cultura en los instrumentos de medición ya que la percepción del estado de salud y la expresión de salud-enfermedad puede variar en las diferentes culturas. Además, la definición y la importancia otorgada a la salud y a las enfermedades varían en los diferentes sistemas de atención de salud, ya que están vinculados a su entorno cultural¹.

CONCEPTO DE EQUIVALENCIA

Para Van de Vijver¹⁵, el sesgo es la mayor amenaza en los estudios transculturales y ha sido descrito como lo contrario a la equivalencia². En el contexto de instrumentos de medición transculturales, la equivalencia se define como el grado de traslape entre las culturas de origen y destino⁴.

La mayoría de los autores coinciden en la importancia de que los instrumentos adaptados cuenten con cinco tipos de equivalencia: contenido, semántica, técnica, criterio y equivalencia conceptual. Estas categorías son mutuamente excluyentes^{5-7,9,16-18}.

La equivalencia de contenido se refiere al hecho que el contenido de cada ítem del instrumento sea relevante para el fenómeno estudiado en cada cultura donde será aplicado^{7,16}. Para algunos autores, la relevancia es el concepto clave, siendo un sinónimo de equivalencia cultural^{16,17,19}.

La equivalencia semántica implica que el significado de cada ítem (traducido) es el mismo en cada cultura^{16,17}. Por lo general es lo más difícil de lograr por problemas de traducción¹⁸; si es demasiado literal, la sintaxis en su expresión puede ser errónea en el idioma de destino²⁰. Esto se corrige a través del método iterativo de traducción-contratraducción y puede requerir modificaciones gramaticales en la construcción de las frases¹³, ya que algunos idiomas difieren en cómo estructuran las palabras para expresar ideas (gramática y sintaxis). Por ejemplo, existen diferencias en el orden de las palabras en inglés y en español (sujeto-verbo-adjetivo) que requieren ser consideradas¹⁹.

La equivalencia técnica verifica si la forma de medición para obtener el dato deseado es comparable en cada cultura. En otras palabras, garantiza que la forma de medir es válida en ambas culturas^{16,17}. Por lo general esto se revisa a través del comité de expertos quienes verifican si las escalas, instrumentos (ej. equipos) o unidades de medida cuantitativas son consistentes o existen en su cultura o ámbito, pudiendo proponerse elementos alternativos¹⁶. Algunos han llamado también a esto equivalencia métrica u operacional^{2,15,21}.

La equivalencia de criterio se refiere a la relación de un instrumento con criterios independientes previamente establecidos para el mismo fenómeno (norma). En otras palabras, un instrumento es bueno, sólo si mide lo que tiene que medir. En el contexto transcultural, criterio se refiere a la capacidad del instrumento para medir el mismo fenómeno y que las conclusiones sean la misma en ambas culturas (la interpretación de la medición de la variable es la misma en cada cultura)^{16,17}.

La equivalencia conceptual confirma que se mide el mismo constructo teórico en ambas culturas^{7,17}. La congruencia en el

significado de los conceptos puede requerir el uso de expresiones que sean equivalentes en lugar de idénticas. Esto es especialmente importante en instrumentos que utilizan expresiones coloquiales, que requieren constructos conceptualmente equivalentes, en lugar de una traducción literal²². Esta equivalencia se refiere a la validez del concepto o hecho experimentado por las personas en la cultura de destino, ya que los ítems pueden ser equivalentes en significado semántico, pero no en el conceptual¹³. Para otros autores, implica la validez universal (es decir, independiente de la cultura) del constructo subyacente, independiente de la forma de medirlo¹⁵.

Es importante considerar que todo instrumento está en mayor o menor medida influenciado por la cultura. Lo importante es, entonces, el consenso de qué “rango de equivalencia” se considera aceptable para su uso Universal^{16,22}. Como se verá más adelante, el trabajo del comité de expertos es crucial para establecer este rango de equivalencia aceptable.

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL: CONCEPTOS E HISTORIA

La adaptación transcultural (AT) tiene dos componentes esenciales: la traducción y la adaptación¹³. El uso de uno o ambos componentes dependerá de las diferencias o similitudes entre las poblaciones de origen y destino, como lo describe Beaton⁹.

La AT combina la traducción literal de las palabras o frases y su adaptación considerando el idioma, los giros idiomáticos y el contexto cultural de las dos (o más) poblaciones, incluyendo las diferencias en la percepción de salud y enfermedad. De este modo, la corrección lingüística y la adecuación práctica son conceptos complementarios que se compatibilizan en este proceso. La calidad de la medida adaptada se evalúa según su sensibilidad^{3,4,10,13}. Feintein plantea que en la adaptación transcultural la sensibilidad debe considerar el propósito (lo que se quiere medir), la comprensibilidad, el contenido y la validez aparente así como la replicabilidad e idoneidad de la escala²³. Todas estas características se denominan “propiedades psicométricas” y su evaluación es lo que se llama proceso de validación^{7,12}. Todo proceso de adaptación transcultural debería entonces, finalizar con la correspondiente validación del instrumento adaptado. Esto corresponde a una etapa posterior a la AT y se encuentra descrita en múltiples publicaciones al respecto.

La adaptación de instrumentos de medición en salud a contextos lingüísticos y culturales diferentes al original, para el que fueron diseñados, es una práctica muy antigua; para algunos se remonta a la época de las primeras escalas de Binet y Simon en 1905⁴.

Los pioneros en este tipo de adaptación pertenecían al área de la Salud Mental, con el uso de cuestionarios para estudios trans-

culturales en la década de los años 60, como por ejemplo los efectuados por Berry¹⁶. Inicialmente esta adaptación consistía casi exclusivamente en la traducción de la herramienta por una o dos personas, cuyo único requisito era la educación superior²². En esta etapa, la traducción literal mantenía una correspondencia de uno a uno entre las palabras. Sin embargo, este tipo de adaptación (meramente del idioma) reveló que no era suficiente. Las traducciones aparentemente idénticas pueden omitir matices importantes de significado, como se vio en el párrafo anterior sobre equivalencia²⁴. Es por esto que varios autores, aún en la actualidad, enfatizan la importancia de que los ítems de un instrumento no sólo deben traducirse lingüísticamente, sino que también deben adaptarse culturalmente para mantener la validez del contenido (significado connotativo) en su nivel conceptual, en las diferentes culturas^{3-6,9,15,17,19}. A diferencia del “significado denotativo” conocido como sentido propio o literal, el “significado connotativo” se refiere a valores, emociones y suposiciones; aspectos implícitos más allá del enunciado que pueden diferir entre dos culturas^{2,17,22}.

Es por esto que en la década de los 70 aparece con mayor fuerza la necesidad de incorporar el tema de las diferencias culturales en la adaptación de instrumentos de medición y varios autores proporcionan recomendaciones o métodos para ello, los que se revisan a continuación.

Werner y Campbell en 1970 presentan la opción de traducción y retro-traducción, donde el texto original es traducido al idioma diana (destino) y luego contra-traducido a la primera versión (por traductores ciegos a la versión original) para comparar su precisión²⁵. Esta técnica también es sugerida por Brislin²⁶ quien posteriormente en 1973 introduce el concepto del comité revisor²⁷.

Otra técnica que aparece en esa época es el “descentramiento” que considera la versión original y la versión final del instrumento igualmente importantes, es decir no está “centrada” únicamente en la versión original, sino que busca una forma común de expresar un concepto en ambos idiomas. En esta técnica también es relevante la participación del autor del instrumento original¹³.

Luego los instrumentos incorporaron 2 métodos de observación, denominados *emic* y *etic*. El enfoque “*emic*” está definido por la cultura, lenguaje y costumbres; busca identificar conceptos relevantes para esa cultura en particular. Esto requería de la participación de personas de esa determinada cultura. El enfoque “*etic*” permite describir y comparar un determinado fenómeno en distintas culturas¹⁶. Esta diferenciación constituye un paso relevante en el reconocimiento de la influencia de la cultura y se relaciona con el concepto de equivalencia descrito anteriormente¹⁵.

Posteriormente en 1978, Marsella describió otras recomendaciones para desarrollar instrumentos para distintas culturas, destacando que era necesario evaluar su “validez y confiabilidad”, introduciendo otro aspecto clave del proceso²⁸.

Flaherty en 1988 propone un método de 5 pasos para validar la equivalencia transcultural de los instrumentos de medición conocido como el *Content Validity Index*¹⁶. Este método aún es utilizado por algunos autores (especialmente para la construcción de nuevos instrumentos) quienes enfatizan la fortaleza de su capacidad de capturar los *emic*: conceptos y construcciones específicos de una cultura y *etic*: conceptos y construcciones transculturales universalmente comprendidos¹⁸.

A fines de la década de los 80, con el planteamiento del requisito de equivalencia, la propuesta de un proceso (de varios pasos consecutivos) y la importancia de la validación se marcó un paso decisivo en la adaptación transcultural.

No obstante, en los años 90 Guillermin y cols. efectuaron una revisión de los métodos utilizados para la adaptación transcultural de instrumentos en salud analizando más de 700 publicaciones¹⁰. La mayoría sólo presentaba la comparación de los hallazgos en las distintas culturas, pero no describía el proceso metodológico utilizado para la adaptación, el que sólo pudo ser identificado en 17 estudios (2,4%). Concluyeron que no existía un enfoque estandarizado para la adaptación transcultural y que cada paso del proceso agregaba calidad a la versión final en términos de equivalencia. Cabe destacar que, en la actualidad, a pesar de los avances en la estandarización de las guías de adaptación transcultural, revisiones sistemáticas recientes (2013, 2015, 2016) muestran aún un alto número de estudios que no describen, o no utilizan, la metodología recomendada para efectuarla^{3,8,29,30}.

En base a sus hallazgos, Guillermin y cols. propusieron otra guía estandarizada de cinco secciones para obtener la equivalencia semántica, idiomática, experimental y conceptual utilizando, entre otras estrategias, la retro-traducción, la revisión por comité y el uso de prueba piloto^{1,10}.

Por su parte Beaton y cols.⁹ en 1993 publican otra guía similar para este proceso, la cual es actualizada en el año 2000. Esta guía es conocida también como la guía de la *American Association of Orthopedic Surgeons (AAOS)*. Esta nueva propuesta enfatiza la importancia del registro de cada etapa del proceso, el contacto estrecho con el autor original y la descripción de los integrantes del comité cuya misión es consolidar todas las versiones del cuestionario y desarrollar una versión prefinal del instrumento para la prueba de campo (piloto). La revisión de la literatura revela que estas pautas de la AAOS son uno de los métodos de adaptación transcultural más usados, entre otras razones porque no son específicas para una herramienta en

particular (más universal), como ocurría en las primeras recomendaciones referidas principalmente a cuestionarios auto aplicados en Salud Mental^{21,31}.

Finalmente, en 1996, Van de Vijver destaca la importancia de tres principales tipos de sesgos o faltas de equivalencia en la adaptación de instrumentos: de constructo, de método y de ítems; y elabora una guía orientada a su identificación y corrección²⁴.

A pesar de los esfuerzos de los múltiples autores mencionados para elaborar pautas que guiaran este proceso, existía entonces (y aún en la actualidad) consenso de la ausencia de recomendación sobre cuál es la “mejor técnica” para efectuar la adaptación transcultural. No obstante, había acuerdo en la necesidad de varias de sus fases (traducción, contra-traducción, comité de expertos, prueba piloto y validación)^{6,7,11,17,18}.

Por este motivo, en 1992 la *International Test Commission (ITC)* inició un proyecto colaborativo para delinear pautas y recomendaciones estandarizadas y universales para traducir y adaptar instrumentos y establecer la equivalencia entre distintos grupos lingüísticos

y/o culturales³². Doce representantes de 6 organizaciones trabajaron durante varios años preparando 22 directrices agrupadas en cuatro apartados (contexto, construcción y adaptación, aplicación e interpretación) que fueron sometidas a pruebas de campo por diversos autores, constituyéndose en el marco de referencia para sociedades científicas, editores de instrumentos e investigadores. La guía se publicó en el año 2005 y recientemente se actualizó en una segunda edición el año 2017³³. Esta última edición aborda aspectos como el enfoque multicultural, para contar con la misma herramienta en diferentes idiomas y culturas de manera simultánea. La nueva versión propone 18 directrices separadas en 6 secciones, las que se encuentran en el sitio web de la *ITC* (www.intestcom.org).

Desde la primera publicación de las directrices de la *ITC*, diversos artículos describen cómo leer y aplicar estas pautas³⁴. Entre ellos destacan Hambleton y Zenisky en 2011, quienes para facilitar la aplicación de las directrices proponen 25 preguntas sobre cada uno de los ítems de la adaptación²⁰. Estas preguntas son traducidas al español por Muñiz en 2013⁴ (Tabla 1) y constituyen una herramienta muy útil para guiar de manera más concreta

Tabla 1. Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems

<p>Generales</p> <p>01. ¿El ítem tiene el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?</p> <p>02. ¿El tipo de lenguaje del ítem traducido tiene una dificultad y familiaridad comparables al del idioma original?</p> <p>03. ¿Introduce la traducción cambios en el texto (omisiones, sustituciones o adiciones) que puedan influir en la dificultad del ítem?</p> <p>04. ¿Hay diferencias entre la versión original del ítem y la traducida en relación con el uso de metáforas, giros o expresiones coloquiales?</p> <p>Formato del ítem</p> <p>05. ¿El formato del ítem, incluyendo los aspectos físicos, es el mismo en los dos idiomas?</p> <p>06. ¿La longitud del enunciado y de las alternativas de respuesta, cuando las haya, tienen una longitud similar en ambas versiones?</p> <p>07. ¿El formato del ítem y la tarea a realizar por la persona evaluada son de una familiaridad similar en las dos versiones?</p> <p>08. ¿Si se destacó una palabra o frase (negrita, cursiva, subrayado, etc.) en la versión original, se hizo también en el ítem traducido?</p> <p>09. En el caso de tests educativos, ¿hay una respuesta correcta en ambas versiones del ítem?</p> <p>Gramática y redacción</p> <p>10. ¿Hay alguna modificación de la estructura gramatical del ítem, tal como la ubicación de las oraciones o el orden de las palabras, que pueda hacer el ítem más o menos complejo en una versión que en otra?</p> <p>11. ¿Existen algunas pistas gramaticales que puedan hacer el ítem más fácil o más difícil en la versión traducida?</p> <p>12. ¿Existen algunas estructuras gramaticales en la versión original del ítem que no tienen equivalente en la versión traducida?</p> <p>13. ¿Existen algunas referencias al género u otros aspectos que puedan dar pistas sobre el ítem en la versión traducida?</p> <p>14. ¿Hay palabras en el ítem que tengan un significado unívoco, pero que en la versión traducida puedan tener más de un significado?</p> <p>15. ¿Hay cambios en la puntuación entre las dos versiones que puedan hacer que el ítem sea más fácil o difícil en la versión traducida?</p> <p>Pasajes (cuando haya)</p> <p>16. Cuando se traduce un pasaje, ¿las palabras y frases de la versión traducida transmiten el mismo contenido e ideas que la versión original?</p> <p>17. ¿Describe el pasaje individuos o grupos de forma estereotipada en relación con su ocupación, emociones, situación u otro aspecto?</p> <p>18. ¿La forma en la que está escrito el pasaje es controvertida o polémica, o puede ser percibido de forma denigrante u ofensiva?</p> <p>19. ¿El pasaje incluye contenidos o requiere habilidades que pueden ser poco habituales en cualquiera de los dos idiomas o grupos culturales?</p> <p>20. Aparte de los cambios exigidos por la traducción, ¿los gráficos, tablas u otros elementos son iguales en las dos versiones del ítem?</p> <p>Cultura</p> <p>21. ¿Los términos utilizados en el ítem en el idioma original han sido adaptados de forma adecuada al contexto cultural de la versión traducida?</p> <p>22. ¿Existen diferencias culturales que tengan un efecto diferencial sobre la probabilidad de que una respuesta sea elegida en la versión original y la traducida?</p> <p>23. Las unidades de medida y las monedas (distancia, etc.) de la versión original del ítem ¿están convenientemente adaptadas en la versión traducida?</p> <p>24. Los conceptos implicados en el ítem ¿están al mismo nivel de abstracción en las dos versiones?</p> <p>25. El concepto o constructo del ítem ¿es igual de familiar y tiene el mismo significado en las dos versiones?</p>
--

Reproducción con permiso del autor (J. Muñiz)

Tomado de Muñiz, 2013.

Ref “Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición” José Muñiz y cols⁴.

y eficiente el trabajo del comité de expertos en el proceso de adaptación de un instrumento.

DESAFÍOS DE LA ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL

A pesar del avance en la propuesta de métodos universales de adaptación cultural, varios autores coinciden en tres aspectos relevantes.

En primer lugar, se plantea que existe una necesidad no reconocida de consejos prácticos para ayudar a los investigadores a través del proceso de adaptación transcultural y que hay poca literatura que proporcione tales consejos²¹, especialmente para la fase de traducción^{6,30} así como también para el proceso posterior de validación³⁰.

En segundo lugar, manifiestan la falta de guías para la adaptación de instrumentos que no requieren traducción^{11,35}.

Por último, y en relación a lo anterior, algunos autores se refieren a la importancia de contar con versiones únicas universalmente adaptadas en un idioma en particular. Guillemin enfatiza que constituye un problema “mayor” cuando existen varias versiones de grupos independientes, del mismo país o contexto cultural¹. Existen varios ejemplos a nivel mundial de herramientas traducidas y adaptadas de un idioma a otro por distintos grupos, existiendo “varias” adaptaciones en el mismo idioma, las cuales presentan diferencias evidentes. Maters revisó cuatro versiones en alemán de la escala *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* encontrando entre ellas: diferencias de contenido en cinco ítems, diferentes opciones de respuesta en nueve ítems, diferentes rangos de puntuación y de tiempos de evaluación. Concluyó que tales diferencias eran sustanciales, lo que imposibilitaba que los resultados pudieran generalizarse de una versión a otra³⁶. Algo similar es reportado por Monticone sobre la escala S-22 para escoliosis, adaptada en 12 idiomas, de la cual hay dos versiones en: portugués, francés, griego, español y thai, además de cuatro versiones en chino³⁷. Por su parte, Min Yao²⁹ y Sheahan³⁸ efectuaron revisiones sistemáticas independientes de la adaptación del *Oswestry Disability Index (ODI)* en 24 idiomas/culturas, encontrando tres versiones en chino y dos versiones en: polaco, francés, alemán, japonés y coreano. En otro ejemplo, Sonja²² encontró cuatro versiones en alemán del *Nottingham Health Profile (NHP)* que también diferían significativamente entre ellas en su comparabilidad, confiabilidad y validez. Estos autores postulan que la multiplicidad de versiones de éstos y otros instrumentos se debe a traducciones arbitrarias, sin el consentimiento de los autores originales.

El problema de la multiplicidad afecta incluso a escalas ampliamente utilizadas a nivel internacional, como la encuesta de

calidad de vida SF-36 que tiene al menos seis versiones conocidas en español: Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como una versión para la población México-Estadounidense^{14,39}.

Por este motivo, actualmente se promueve la existencia de escalas con una sola versión universal consensuada en cada idioma, lo que es destacado en la nueva versión de las *ITC*³³. La participación de diferentes países o culturas que comparten el mismo idioma aporta además un elemento adicional; por lo general, los procesos de adaptación se efectúan en un solo centro lo que puede afectar la aplicabilidad en países o regiones con gran diversidad cultural, especialmente en países con minorías étnicas y altas tasas de inmigrantes^{11,22}. La universalidad de un instrumento mejora su utilidad en los grupos de migrantes (sobre los que se aplican o de los profesionales que lo usan) en el país donde se adapta la herramienta. Cabe destacar el trabajo de Tatano y cols. en Estados Unidos con la adaptación al español de la *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)* con la participación de representantes de los cuatro grupos hispanos predominantes en ese país¹⁷.

ELEMENTOS CLAVE DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL

El rol del comité de expertos

En investigación cualitativa es frecuente la búsqueda de acuerdo entre personas especialistas en un tema, a través de la técnica que pondera las ideas que logran mayor aceptación. Esto se conoce como un panel o comité de expertos. Generalmente corresponde a un trabajo de grupo, antecedido por la revisión de documentos, y su metodología debe adaptarse a cada tipo de proceso^{27,40}. En el caso de la AT, la metodología corresponde a las etapas del proceso de la guía o método de adaptación que se seleccione para ello, como por ejemplo las directrices de la *ITC*.

En la adaptación transcultural, el rol fundamental del comité de expertos es revisar, proponer y consensuar la versión pre-final del instrumento con el objetivo de lograr la equivalencia, en las áreas mencionadas, entre la versión de origen y la de destino^{9,11,12}. Además, el comité debe asegurarse de la correcta traducción de las instrucciones para el uso del instrumento, lo que contribuye a la replicabilidad de la medida¹³.

El comité de expertos tomará decisiones críticas por lo que su composición es crucial para asegurar el logro del objetivo⁹. La experticia de los integrantes estará dada por su grado de conocimiento de la cultura, la enfermedad explorada, el objetivo de la herramienta y los conceptos a medir o explorar^{6,13,18,33}. Por lo anterior, es recomendable objetivar la experticia del comité

a través de algún método, como por ejemplo el cálculo del coeficiente de experticia propuesto por Mendoza⁴¹.

Otras recomendaciones sobre su composición incluyen que sea multidisciplinario, con un número de 5 a 10 personas, que cuente con integrantes bilingües (al menos dos), utilice técnicas estructuradas para resolver las discrepancias, documente por escrito cada paso (incluyendo los problemas y las razones para tomar una decisión) y se mantenga en contacto con los autores de la versión de origen^{1,3,13,18,21,22}. La mayor fortaleza que aporta el comité es el esfuerzo cooperativo para optimizar la calidad universal, especialmente cuando sus miembros tienen áreas complementarias de especialización¹⁵.

A pesar de que las guías y recomendaciones coinciden en la importancia del rol del comité de expertos en este proceso, revisiones sistemáticas relativamente recientes (2015) muestran que en 57 estudios de 20 áreas de la salud revisados, solo un 39% utilizó comité³⁰.

Documentación del proceso

Beaton y otros autores enfatizan la importancia de la documentación completa y detallada de cada paso de la AT y señalan que ha sido un aspecto particularmente descuidado del proceso, el cual ayuda a evaluar su calidad y rigurosidad^{9,19,33}. El registro de lo revisado y acordado en cada etapa de la AT servirá como recordatorio o justificación de decisiones, por ejemplo, del comité de expertos, en etapas posteriores. El reporte final consolida la documentación de cada etapa.

Prueba piloto

El proceso de adaptación transcultural no está terminado hasta que la versión obtenida a través del consenso de los expertos no es testeado a través de una prueba de campo o prueba piloto^{9,12}. Kiing²¹ y Elosua⁴² recalcan que este paso es fundamental para la verificación empírica de la equivalencia. Sin embargo, es frecuente encontrar que falta esta evaluación de la versión prefinal (documental), especialmente en el caso de instrumentos con más de una versión en el mismo idioma²⁹.

El objetivo de la prueba piloto es evaluar la equivalencia con la versión original. Esto permite detectar errores y confirmar la comprensión de los ítems para su aplicación, verificando a su vez aspectos prácticos de su uso, como por ejemplo el tiempo que requiere^{3,11,12}.

En general, se plantean dos maneras o partes para realizar esta prueba. La primera consiste en la evaluación del instrumento por un grupo de usuarios (distintos a los que participaron en el proceso de adaptación) para su apreciación general en términos de comprensión y aceptabilidad^{1,43}. Los usuarios pueden ser pacientes, en caso de instrumentos autoaplicados, o personal

de salud que usará el instrumento con pacientes. La segunda parte consiste en la aplicación del instrumento a un grupo real de pacientes, idealmente en un número de entre 20 a 40, y si es aplicado por personal de salud se recomienda sean varios usuarios¹². Para ambas partes de la prueba piloto es importante contar con una pauta o documento de registro⁹ y consolidar la opinión de los usuarios en un informe final de la prueba³. Esta documentación permite recoger “*in situ*” las opiniones de las personas que utilizarán el instrumento, asegurarse que las instrucciones y los ítems son comprendidos correctamente, así como testear aspectos prácticos relacionados con dificultades en su aplicación y el tiempo requerido para ello. Además, la prueba piloto proporciona datos que permiten un análisis preliminar de las propiedades psicométricas más relevantes⁴. En ese sentido, se recomienda que cualquier ítem que haya presentado problemas para el 15 a 20% de los usuarios debe ser revisado^{3,12}.

OTRAS CONSIDERACIONES: EL IDIOMA ESPAÑOL

El español es el segundo idioma más hablado en el mundo y el segundo idioma de comunicación internacional después del idioma inglés. Se calcula que actualmente más de 500 millones de personas hablan español^{44,45}.

Constituye el idioma oficial en 21 países a nivel mundial. Diecinueve de ellos se encuentran en Latino y Centro América (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) uno en Europa (España) y uno en África (Guinea Ecuatorial). Del mismo modo, es el segundo idioma en países como Estados Unidos con 52 millones de personas hispano-parlantes, sin incluir Puerto Rico o la población indocumentada⁴⁴, así como también en Filipinas, donde era el idioma oficial por ser colonia española, hasta 1898 cuando pasaron a depender de los Estados Unidos⁴⁵.

A pesar de ser uno de los idiomas más hablados en todo el mundo, conserva una gran homogeneidad. Existen por cierto diferencias lingüísticas, como dialectos o el uso de léxico diferente, debido a preferencias regionales sobre el uso del vocabulario universal, sin embargo, hay una base común ampliamente reconocida. Esta homogeneidad se ejemplifica en el concepto “ponerse de pie” el que puede expresarse de diferentes maneras en cada país, sin embargo, en una evaluación en 17 países, todos incluyen al menos dos sinónimos comunes: “pararse y levantarse”⁴⁵. Esto confirma que es posible buscar un léxico común, más cercano al idioma universal que a diferencias regionales; más aún en el caso de la adaptación de instrumentos que contienen palabras técnicas propias de las ciencias (de la salud en este caso), ya que los lenguajes científico-técnicos son nomenclaturas específicas de cada ciencia⁴⁶.

Esta nomenclatura también es denominada “jerga” o lenguaje especial, ya que no está definido por criterios geográficos, temporales, sociales e incluso en algunos casos, culturales, por lo que existiría aún mayor homogeneidad de sus términos más allá de las fronteras⁴⁷.

Trabajos en la adaptación de instrumentos al español, demuestran que el vocabulario básico, la gramática y la sintaxis del español estándar (universal) son entendidos sin dificultad por la mayoría de los hispano-hablantes, independientemente de su país de origen o de las regiones del país de donde provengan¹⁷. Esto es clave en la búsqueda de adaptaciones transculturales universales en un mismo idioma, donde el esfuerzo se centrará más bien en los aspectos del traslape cultural entre la versión original y la adaptada.

En la última década existen múltiples ejemplos de adaptación transcultural de instrumentos de salud en Latinoamé-

rica^{14,35,39} y en nuestro país^{40,48,49}, incluyendo iniciativas entre varios países (con diferentes culturas) que comparten el mismo idioma, como es el caso de la adaptación al español de la herramienta *Talent Development Environment Questionnaire for Sport*⁵⁰. La mayoría de ellas ha utilizado alguno de los procedimientos recomendados para ello. Sin embargo, aún existe una amplia práctica de utilizar instrumentos sin la debida adaptación, con mucha frecuencia por desconocimiento de las recomendaciones o la creencia de que es un proceso engorroso.

Esta revisión tiene por objeto desmitificar esto último, analizando la importancia de la adaptación, revisando la historia del aporte de los grandes autores del tema, definiendo conceptos y componentes esenciales de este proceso, así como dar a conocer recursos disponibles que guían este proceso, para consulta de quienes desean efectuar la adaptación transcultural de un instrumento en salud.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guillemin F. Cross-cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures *Scand J Rheumatol* 1995; 24: 61-3
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*. 1997 Apr;6(3):237-47.
- Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex* 2013;55 (1):57-66.
- Muñiz J, Elosua P, Hambleton R. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema* 2013; Vol. 25, No. 2, 151-157.
- Chahín-Pinzón N. Aspectos a tener en cuenta cuando se realiza una adaptación de test entre diferentes culturas. *Psychologia: avances de la disciplina*. 2014; 8(2):109-112.
- Al-Amer R, Ramjan L, Glew P, Darwish M, Salamonson Y. Translation of interviews from a source language to a target language: examining issues in cross-cultural health care research. *J Clin Nurs*. 2015 May;24(9-10):1151-62.
- Carvajal A., Centeno C., Watson R., Martínez M., Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales Sis San Navarra*. 2011 Abr; 34(1): 63-72.
- Uysal-Bozkir Ö, Parlevliet JL, de Rooij SE. Insufficient cross-cultural adaptations and psychometric properties for many translated health assessment scales: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2013 Jun;66(6):608-18.
- 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.
- 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 Dec;46(12):1417-32.
- Stewart AL, Thrasher AD, Goldberg J, Shea JA. A framework for understanding modifications to measures for diverse populations. *J Aging Health*. 2012;24(6):992-1017.
- Costa N, Guirardello E. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2002; 11(2): 109-111.
- Hill J, Bird HA, Lawton CW, Wright V. The Arthritis Impact Measurement Scales: An anglicized version to assess the outcome of British patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1990; 29: 193-196.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quesada MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36) *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-150
- Van de Vijver F & Tanzer N K Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*. 2004; 54(2), 119-135.
- Flaherty J A, Gaviria, F M, Pathak D, Mitchell T, Wintrob R, Richman J A, et al. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research *J Nerv Ment Dis*. 1988 May;176(5):257-63.
- Beck CT, Bernal H, Froman RD. Methods to document semantic

- equivalence of a translated scale. *Res Nurs Health*. 2003 Feb;26(1):64-73.
18. Squires A, Aiken LH, van den Heede K, Sermeus W, Bruyneel L, Lindqvist R, et al. A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *Int J Nurs Stud*. 2013 Feb;50(2):264-73.
 19. Peña ED. Lost in translation: methodological considerations in cross-cultural research. *Child Dev*. 2007 Jul-Aug;78(4):1255-64.
 20. Hambleton R, Zenisky A. Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. En: Matsumoto D, Van de Vijver F. (Eds) *Cross-Cultural Research Methods in Psychology. (Culture and Psychology)* 2010; p 46-70. Cambridge: Cambridge University Press. Downloaded from <http://www.cambridge.org/core>. UCL, Institute of Education, on 16 Dec 2016.
 21. Kiing JS, Rajgor D, Toh TH. Topical Review: Mind Your Language-Translation Matters (A Narrative Review of Translation Challenges). *J Pediatr Psychol*. 2016 Nov;41(10):1110-1119.
 22. Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, Niero M, Wiklund I, McKenna S. Cross-cultural adaptation of health measures. *European Group for Health Management and Quality of Life Assessment. Health Policy*. 1991 Sep;19(1):33-44.
 23. Feinstein AR. The theory and evaluation of sensibility. In: Feinstein AR, editor. *Clinimetrics*. New Haven, MA: Y.U. Press; 1987:141e66.
 24. Van de Vijver F, Hambleton R. Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist* 1996; 1(2): 89-99. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/232562063_Translating_Tests_Some_Practical_Guidelines (Accedido 16 dic 2016)
 25. Werner, O. Campbell, D. T. Translating, working through interpreters, and the problem of decentering. En: R. Naroll & R. Cohen (Eds.) *A Handbook of Method in Cultural Anthropology* 1970 (pp. 398-420). New York, NY: American Museum of Natural History.
 26. Brislin R. Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychiatry*. 1970;1(3):185-216.
 27. Brislin R, Lonner W, Thorndike R. Cross-cultural research methods. Ed. John Wiley & Sons; New York: 1973. 355 pp.
 28. Marsella AJ. Thoughts on cross-cultural studies on the epidemiology of depression. *Cult Med Psychiatry*. 1978 Dec;2(4):343-57.
 29. Yao M, Wang Q, Li Z, Yang L, Huang PX, Sun YL, et al. A Systematic Review of Cross-cultural Adaptation of the Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016 Dec 15;41(24):E1470-E1478.
 30. Danielsen AK, Pommergaard HC, Burcharth J, Angenete E, Rosenberg J. Translation of questionnaires measuring health related quality of life is not standardized: a literature based research study. *PLoS One*. 2015;10(5):e0127050.
 31. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N; European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Health*. 2008 May-Jun;11(3):509-21.
 32. INTERNATIONAL TEST COMMISSION ITC Guidelines for Translating and Adapting tests. 15th July, 2005, Version 1.0 found online on the ITC website at https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation.pdf (accedido 18 dic 2017)
 33. International Test Commission. Version 2.4 (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition)*. [www.IntTestCom.org] https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf accedido (accedido 18 dic 2017)
 34. Jeanrie C, Bertrand R. Translating tests with the International Test Commission's Guidelines: Keeping validity in mind. *European Journal of Psychological Assessment*. 1999;15(3):277-283. doi. org/10.1027//1015-5759.15.3.277
 35. Marangoni B, Pavan K, Tilbery, CP. Cross-cultural adaptation and validation of the 12-item Multiple Sclerosis Walking Scale (MSWS-12) for the Brazilian population. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2012 70(12):922-928.
 36. Maters GA, Sanderman R, Kim AY, Coyne JC. Problems in Cross-Cultural Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale: "No Butterflies in the Desert". 2013; PLoS ONE 8(8): e70975.
 37. Monticone M, Nava C, Leggero V, Rocca B, Salvaderi S, Ferrante S, et al. Measurement properties of translated versions of the Scoliosis Research Society-22 Patient Questionnaire, SRS-22: a systematic review. *Qual Life Res*. 2015 Aug;24(8):1981-98.
 38. Sheahan PJ, Nelson-Wong EJ, Fischer SL. A review of culturally adapted versions of the Oswestry Disability Index: the adaptation process, construct validity, test-retest reliability and internal consistency. *Disabil Rehabil*. 2015;37(25):2367-74.
 39. Sánchez Aragón R, García Meraz M, Martínez Trujillo D. Encuesta de Salud SF-36: Validación en Tres Contextos Culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*. 2017; 3(45): 5-16.
 40. Cruces A. Adaptación transcultural y validación del Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono para cuidadores de preescolares chilenos. 2014 Tesis de Grado. Repositorio Académico Universidad de Chile. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130194/Adaptaci%C3%B3n-transcultural-y-validaci%C3%B3n-del-Cuestionario-de-Creencias-en-Salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accedido el 6 dic 2017)
 41. Mendoza S. Criterio De Expertos. Su Procesamiento a Través del Método Delphi. 2012 Histodidáctica. Universitat de Barcelona. Disponible en: http://www.ub.edu/histodidactica/index.php?option=com_content&view=article&id=21 (accedido 7 dic 2017).
 42. Elosua P, Hambleton R. Psychological and Educational Test Score Comparability across Groups in the Presence of Item Bias. *Journal of Psychology and Education* 2018; 13(1), 23-32.
 43. Shafeei A, Mokhtarinia HR, Maleki-Ghahfarokhi A, Piri L. Cross-Cultural Adaptation, Validity, and Reliability of the Persian Version of the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Asian Spine J*. 2017 Aug;11(4):520-530.
 44. Instituto Cervantes. "El español: una lengua viva" Informe 2016. Disponible en: <https://www.cervantes.es/imagenes/File/prensa/EspanolLenguaViva16.pdf> (accedido 20 jul 2018)
 45. Ruiz Zambrana J. La situación actual de la lengua española en el mundo. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 2009. Universidad de Málaga. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccs/05/jrz.htm> (accedido 9 mar 2018)
 46. Serrano-Dolader D. Lenguajes Especiales o Sectoriales: Formación de Palabras y Lenguaje Técnico. Universidad de Zaragoza. Academia.edu Disponible en: https://www.academia.edu/10083830/_Introducci%C3%B3n_Lenguajes_especiales_o_sectoriales (accedido 18 junio 2018)
 47. Ropé Gómez A. Desarrollo de la Conceptualización y Designación Jergal Hispano-Francesa. Enmiendas Propuestas. Universidad de Málaga. *Revistas Científicas Universidad Complutense de Madrid* 1996. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/THEL/article/download/.../34074> (accedido 2 julio 2018)
 48. Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT, et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. *Med*

- Intensiva. 2010 Jan-Feb;34(1):4-13.*
49. Ibáñez M, Lira MT, Gajardo M, Cid D, Fagetti L, Venegas A, et al. *Adaptación cultural al español del instrumento de evaluación de funcionalidad física en Unidad de Paciente Crítico: "The Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool (CPAx)" Rev Chil Med Intensiv 2017; Vol 32(2): 100-106.*
 50. Brazo-Sayavera J, Olivares PR, Andronikos G, Martindale RJJ. *Spanish version of the Talent Development Environment Questionnaire for sport: Cultural adaptation and initial validation. PLoS One. 2017 Jun 5;12(6):e0177721.*