


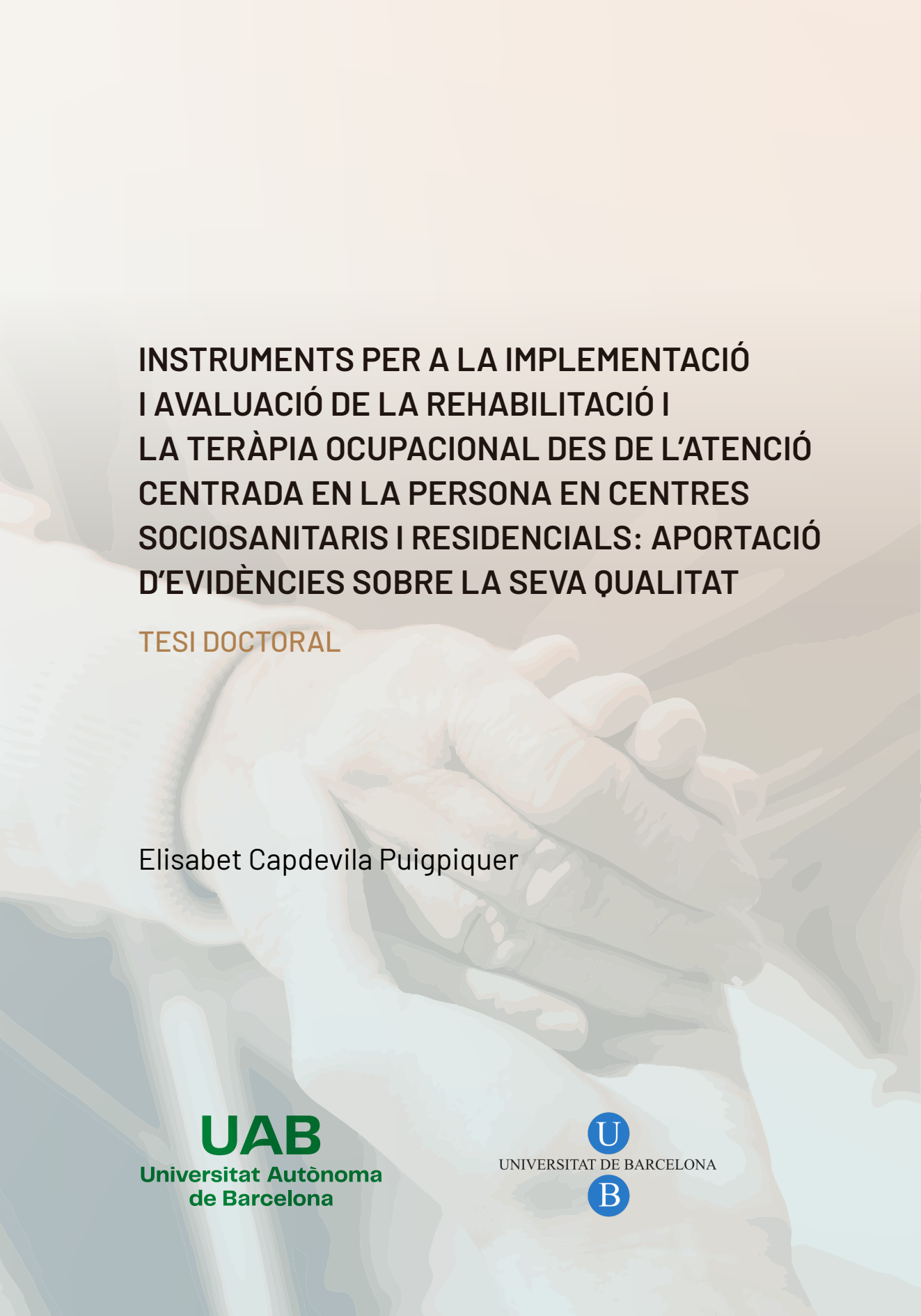


**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**INSTRUMENTS PER A LA IMPLEMENTACIÓ  
I AVALUACIÓ DE LA REHABILITACIÓ I  
LA TERÀPIA OCUPACIONAL DES DE L'ATENCIÓ  
CENTRADA EN LA PERSONA EN CENTRES  
SOCIOSANITARIS I RESIDENCIALS: APORTACIÓ  
D'EVIDÈNCIES SOBRE LA SEVA QUALITAT**

**TESI DOCTORAL**

Elisabet Capdevila Puigpiquer

**UAB**  
Universitat Autònoma  
de Barcelona

**U**  
UNIVERSITAT DE BARCELONA  
**B**

**COPM** The Canadian Occupational  
Performance Measure

**CCRQ<sub>e</sub>** CUESTIONARIO DE  
REHABILITACIÓN  
CENTRADO EN EL CLIENTE

El logotip de la COPM s'està utilitzant amb permís de COPM INC. (<https://www.thecopm.ca>)

TESI DOCTORAL

**INSTRUMENTS PER A LA IMPLEMENTACIÓ  
I AVALUACIÓ DE LA REHABILITACIÓ I  
LA TERÀPIA OCUPACIONAL DES DE L'ATENCIÓ  
CENTRADA EN LA PERSONA EN CENTRES  
SOCIOSANITARIS I RESIDENCIALS: APORTACIÓ  
D'EVIDÈNCIES SOBRE LA SEVA QUALITAT**

AUTOR

Elisabet Capdevila Puigpiquer

DIRIGIDA PER

Dra. Mariona Portell Vidal

Dra. María Rodríguez Bailón

Programa Interuniversitari de Doctorat en Psicologia  
de la Comunicació i el Canvi

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

**UAB**  
Universitat Autònoma  
de Barcelona

  
UNIVERSITAT DE BARCELONA



Aquest treball s'integra en la producció del Grup de Recerca Consolidat de Catalunya "Grup de Recerca i Innovació en Dissenys (GRID). Tecnologia i aplicació multimèdia i digital als dissenys observacionals" (Codi: 2021 SGR 00718), reconegut pel Departament de Recerca i Universitats de la Generalitat de Catalunya.

Projecte de recerca aprovat i validat pels Comitès d'Ètica i Investigació Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa i del Corporació Sanitària del Parc Taulí de Sabadell (vegeu Annex 1 i 2 certificats d'aprovació).



# Sumari

<b>Índex de taules i figures</b>	<b>10</b>
<b>Llistat abreviacions</b>	<b>11</b>
<b>Organització de la tesi</b>	<b>12</b>
<b>Prefaci</b>	<b>14</b>
<b>Resum</b>	<b>17</b>
<b>Resumen</b>	<b>19</b>
<b>Abstract</b>	<b>21</b>
<b>1. Introducció</b>	<b>23</b>
1.1 Polítiques socials i sanitàries basades en l'envelliment, i serveis de rehabilitació	23
1.2 Centres sociosanitaris (CSS) i residencials en el context sociosanitari català	27
1.2.1 Antecedents i contextualització dels serveis de rehabilitació	27
1.2.2 Definició dels serveis i perfil d'usuaris	29
1.2.3 La teràpia ocupacional com a professió	31
1.3 Atenció Centrada en la Persona	33
1.3.1 Termes associats al concepte "centrat en la persona"	34
1.3.2 Dimensions de l'ACP	40
1.3.3 Polítiques d'ACP en l'àmbit català	44
1.3.4 Aportació de l'ACP en un model d'atenció integrada	47
1.4 Instruments per a la implementació i avaluació de la Pràctica Centrada en la Persona en RHB	51
1.4.1 La COPM	56
1.4.2 El CCRQ	62
<b>2. Objectius de la investigació</b>	<b>67</b>



<b>3. Estudis</b>	<b>69</b>
3.1 <b>Estudi 1.</b> <i>Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in older adult rehabilitation and nursing homes: Perceptions among occupational therapists and physiotherapists in Spain</i>	69
3.1.1 Introducció o presentació	69
3.1.2 Producció científica: Article publicat	69
3.1.3 Resum	70
3.1.4 Article	72
3.2 <b>Estudi 2.</b> <i>Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)</i>	85
3.2.1 Introducció o presentació	85
3.2.2 Producció científica: Article publicat	85
3.2.3 Resum	86
3.2.4 Article	87
3.3 <b>Estudi 3.</b> Validesa, fiabilitat i sensibilitat al canvi de la versió espanyola de la <i>Canadian Occupational Performance Measure (COPM)</i> en adults majors dels serveis de rehabilitació	121
3.3.1 Introducció o presentació	121
3.3.2 Producció científica: <i>Manuscript</i>	121
3.3.3 Resum	121
3.3.4 <i>Manuscript</i>	123
<b>4. Discussió</b>	<b>161</b>
<b>5. Conclusions</b>	<b>179</b>
<b>6. Pla de difusió o divulgació científica</b>	<b>189</b>
6.1 Pla de divulgació de l'estudi 1 i 3 de validació de la <i>Canadian Occupational Performance Measure (COPM)</i> en centres socio-sanitaris i residencials	185
6.1.1 Formació/ <i>training</i> : Manual	185
6.1.2 Material audiovisual de suport	186
6.1.3 Article científic 1	186
6.1.4 Newsletter COPM	187
6.1.5 Comunicacions i pòster	187
6.1.6 Article científic 3	187
6.1.7 Altres	187

6.2	Pla de divulgació de l'estudi 2: Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ-e)	187
6.2.1	Article científic	187
6.2.2	CCRQ-e: Instrument d'avaluació i manual d'instruccions a la web	187
6.2.3	Presentació pública	191
6.2.4	Editorial	191
7.2.5	Comunicació	191
7.2.6	Altres contribucions vinculades als estudis	195
<b>7.</b>	<b>Referències</b>	<b>193</b>
<b>8.</b>	<b>Agraïments</b>	<b>207</b>
<b>9.</b>	<b>Annexos</b>	<b>211</b>

## Índex de taules i figures

Taula 1.	Classificació COPM de les àrees ocupacionals i les seves categories	58
Taula 2.	Dimensions de la rehabilitació centrada en la persona i els nivells organitzatius	175
Figura 1.	Els centres socio-sanitaris i residències en el marc polític del desplegament de la coordinació Social i Sanitària a Catalunya	28
Figura 2.	Possibles combinacions terminològiques del concepte centrat en la persona	36
Figura 3.	Marc conceptual per uns serveis de salut integrats i centrats en les persones	46
Figura 4.	Escala per avaluar el grau d'importància de l'activitat	60
Figura 5.	Escala per avaluar el grau de desempeñ i de satisfacció	61
Figura 6.	Mapa conceptual dels principals resultats obtinguts de l'estudi d'utilitat de la COPM en els serveis socio-sanitaris i residencials	177
Figura 7.	Imatge del l'instrument i el manual d'instruccions CCRQ-e	189
Figura 8.	Espai web per a poder fer la descàrrega del material del CCRQ	190

## Llistat d'abreviacions

ACP	Atenció Centrada en la Persona
COPM	<i>Canadian Occupational Performace Measure</i>
COPM-P o D	<i>Canadian Occupational Performace Measure-Performance o Desempeño</i>
COPM-S	<i>Canadian Occupational Performace Measure-Satisfaction o Satisfacción</i>
CCRQ	<i>Client-Centred Rehabilitation Questionnaire</i>
CCRQ-e	<i>Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente (versión española)</i>
CSS	Centres Sociosanitaris
EQ-5D	<i>EuroQol-five domain</i>
EQ-5D-3L	<i>EuroQol-five domain three level questionnaire</i>
EQ-VAS	<i>EQ Visual analogue Scale</i>
IADL	<i>Lawton Instrumental Activities of Daily Living</i>
IB	Índex de Barthel
OMS	Organització Mundial de la Salut
ODS	Objectius de Desenvolupament Sostenible
PAISS	Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitària
PCR	Rehabilitació Centrada en la Persona
PDSS	Pla director sociosanitari
PIAISS	Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària
RCF	<i>Rehabilitation Competency Framework</i>
RHB	Rehabilitació
TO	Terapeuta Ocupacional o Teràpia Ocupacional

## Organització de la tesi

Aquesta tesi doctoral forma part del Projecte d'Investigació desenvolupat en el marc del programa de Doctorat en Psicologia de la Comunicació i el Canvi.

La tesi es presenta en format de compendi de publicacions sota la normativa per a la presentació de les tesis per compendi de publicacions aprovada per la comissió acadèmica del doctorat interuniversitari UAB-UB en Psicologia de la Comunicació i en Canvi (CAP-A8\*/17 d'abril, 2018), subjecte a la normativa general de doctorat RD99-2011, concretament a l'art. 358 que fa referència al format de la tesi doctoral (Article modificat per acord del Consell de Govern de 19 de març de 2015).

Els treballs que formen part del contingut fonamental d'aquesta tesi són els següents:

### 1) Article 1

Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Kapanadze, M., i Portell, M. (2020). Clinical Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in Older Adult Rehabilitation and Nursing Homes: Perceptions among Occupational Therapists and Physiotherapists in Spain. *Occupational Therapy International*, 2020, 3071405. <https://doi.org/10.1155/2020/3071405>

Enviat: 04 Juliol 2020

Acceptat: 16 Novembre 2020

Publicat: 10 Desembre 2020

(JCR 2020): 1.44 (Q4)

### 2) Article 2

Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Szot, A. C., Gálvez-Ruiz, P., i Portell, M. (2022a). Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ). *Disability and Rehabilitation*, 45(2), 310-321.

Enviat: 09 Juliol 2021

Acceptat: 06 Gener 2022

Publicat: 25 Gener 2022

(JCR 2022): 2.2 (Q2)

Altres publicacions complementàries que es troben actualment en procés de publicació:

**3) Manuscrit**

Capdevila, E., Portell, M., Penelo, E., i Rodríguez-Bailón, M. (2023): Validity, reliability and responsiveness of the Spanish version of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) for older adult rehabilitation inpatient.

Enviat: 09 Maig 2023

## Prefaci

Abans d'iniciar l'exposició del que formalment constitueix la tesi doctoral, vull contextualitzar-la per facilitar l'entesa de l'origen del treball realitzat.

Aquesta tesi recull el treball de sis anys de recerca, dirigida a la l'adaptació i validació d'instruments que avaluin i contribueixin a una millora en la qualitat de les intervencions en els centres sociosanitaris i residències, des d'un enfocament centrat en la persona.

Aquest és un treball que parteix de zero, fruit de dos objectius principals que van lligats a diverses necessitats i inquietuds inicials. El primer seria donar resposta a les necessitats expressades pels professionals dels serveis de rehabilitació, de disposar d'instruments àgils i estandarditzats propis per a l'avaluació ocupacional, que permetessin avaluar i mesurar els resultats de les intervencions de teràpia ocupacional; i, pel que fa al segon, contribuir en la millora de la qualitat en els serveis, integrant un enfocament centrat en la persona, tal com plantegen les polítiques actuals en matèria de salut.

Aquests dos objectius alhora venen acompanyats de múltiples qüestions, que porten a la reflexió entorn a la configuració actual dels serveis que s'ofereixen en els centres de rehabilitació i teràpia ocupacional.

Com s'ha arribat a instaurar aquest model més prescriptiu, protocol·litzat i autoritari en els serveis de rehabilitació? Com és que aquest afany de cuidar, proporcionar serveis i avançar en la tecnologia ens ha portat a perdre el focus del que és important per al dia a dia de la persona?. Té a veure amb un enfocament en els professionals de la salut purament paternalista, o sorgeix i està més lligat a aspectes merament polítics i econòmics?

I per altra banda, com és que una professió com la teràpia ocupacional que presumeix de ser essencialment/epistemològicament centrada en la persona, acaba realitzant intervencions protocol·litzades completament descontextualitzades de la realitat de la persona? Com pot ser que com a professionals sovint ens fixem o donem major importància a la independència física de les activitats quotidianes, o en aquells aspectes que són observables i visibles a primera instància, i no

en allò que el client realment vol, demana o necessita? O dit d'altra manera, per què com a professionals ens aferrem a voler restaurar la funció quan les prioritats dels clients sovint són unes altres?

Si com a professionals pensem en quantes vegades la nostra atenció realment dona resposta a les necessitats sentides o expressades per la persona, o en quants procediments o intervencions que duem a terme en realitat són rellevants per a les vides de les persones, ens adonarem que sovint el que desitja la persona atesa i el que els serveis ofereixen, difereix per complet.

Reflexionant sobre aquestes preguntes sembla que es perdi el focus del que, en efecte, és essencial i natural per a la vida humana. Quan les persones estem malaltes o patim algun accident, no solament perdem la funció d'un braç o d'una cama, el que perdem és molt més, perdem una part del que era la nostra vida. Des del primer moment, perdem per complet la configuració del nostre dia a dia amb uns hàbits, uns costums i unes rutines particulars. Aquesta nova situació impacta directament en els nostres rols com a pares, mares, avis o estudiants i també en les nostres responsabilitats diàries. La malaltia impacta directament en les nostres vides i sovint implica la família, el treball, les aficions, els objectius, els projectes i les il·lusions. Com diria Wilcock (1998) els professionals de la salut solament hem de saber ser el focus que il·lumina (avalua) i saber proporcionar les eines adequades (intervenció) per tal que la persona pugui realitzar allò que explica, demana, necessita o voldria aconseguir, però que a causa d'un problema de salut té dificultats per poder-ho fer. Només cal ajudar-los a ser, a fer allò que desitgen o volen ser a la seva vida. Per tant, dit això, les lleis universals naturals, ecològiques del saber fer i ser, cal aplicar-les a totes les persones, indiferentment del rol que representen en aquell moment, siguin usuaris, pacients, professionals o família.

D'això n'anomenariem fer una pràctica o oferir una atenció centrada en la persona. No és més que una obvietat, sentit comú, però alhora un sentit comú que és necessari de recordar. En algun moment de la història, aquest saber fer s'ha anat difuminant en el temps. Utilitzar en la pràctica diària eines per tractar les persones des d'una perspectiva centrada esdevé en aquest moment una necessitat per retrobar l'essència de la "cura" i l'atenció a les persones i, alhora, fer més eficients els serveis. Obliga el professional a seure, a escoltar allò que és important per a la persona i a reflexionar si el servei realment pot cobrir les necessitats sentides



per la població. Obliga el professional a sortir de les intervencions protocolitzades i estàtiques i a posar en qüestió la validesa d'alguna de les pràctiques.

Amb aquestes eines es pretén aportar als professionals una forma de treballar més pròxima a la realitat de les persones, una forma de veure, entendre i aproximar-nos a l'ésser humà, que és òbvia i natural. Seria el que els teòrics contemporanis anomenarien "humanitzar" els serveis de salut i que les noves directrius en polítiques de salut remarquen amb tanta urgència que cal incloure en els serveis: l'Atenció Centrada en la Persona.

Al meu entendre, no és més que una forma de recordar, i així m'ho han transmès els mateixos professionals de la salut, l'essència de la professió que consisteix a donar atenció a les persones i per a les persones, entenent aquestes persones com a úniques, tant en el ser com en el saber el que realment volen, desitgen o necessiten per al seu benestar.

Així, es constitueix l'equip investigador format per l'autora (terapeuta ocupacional i fisioterapeuta, professora investigadora adjunta del Grau de Teràpia Ocupacional de l'Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional -l'EUIT-, adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona -UAB-, la directora de la tesi Dra. Mariona Portell (psicòloga i experta en metodologia, professora del Departament de Psicobiologia i de Metodologia de les Ciències de la Salut de la Universitat Autònoma de Barcelona -UAB-), i la co-directora de tesi Dra. María Rodríguez, (terapeuta ocupacional i experta en neurociència cognitiva, professora del *Departamento de Fisioterapia -Terapia Ocupacional-* de la *Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga -UMA-*), i s'inicia el projecte d'investigació.

I aquí comença tot.

## Resum

### Introducció:

Aplicar una pràctica centrada en la persona als serveis de rehabilitació i teràpia ocupacional implica disposar d'instruments amb evidències de qualitat que permetin l'avaluació, dirigeixin la implementació, i facin el seguiment i la mesura d'intervencions centrades en les necessitats de la persona i la seva família.

### Objectiu:

Examinar la utilitat i les propietats psicomètriques de la **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**, versió en espanyol, amb els professionals i usuaris de teràpia ocupacional de les unitats de rehabilitació dels Centres Sociosanitaris (CSS) i Centres Residencials de Catalunya, alhora que es pretén examinar si aquesta mesura és una eina que contribueix a realitzar una **Atenció Centrada en la Persona (ACP)**. Per aquest motiu, prèviament es realitza la traducció, adaptació i estudi de les propietats psicomètriques de la **Client-Centered Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)** per administrar de forma conjunta als participants.

### Mètode:

- 1- Per l'adaptació i la validació del CCRQ es va realitzar una primera fase de traducció i retrotraducció del qüestionari per un panel d'experts i un estudi pilot, i una segona fase en què es va administrar a 317 usuaris de rehabilitació per a recollir evidències de fiabilitat i validesa de l'instrument.
- 2- Per avaluar la utilitat de la COPM es va crear 4 grups focals amb 30 professionals per analitzar l'experiència en l'aplicació de la mesura. Per examinar les propietats psicomètriques de validesa, fiabilitat i sensibilitat al canvi de la COPM, es va administrar la COPM juntament amb l'Índex de Barthel (IB), l'escala de Lawton IADL, el qüestionari EuroQol (EQ-5D-3L) amb la EQ *Visual Analogue Scale* (EQ-VAS) i el CCRQ a l'alta, a 172 usuaris dels serveis de rehabilitació.

### Resultats:

- 1- L'anàlisi factorial exploratori i confirmatori realitzat amb la CCRQ-e (versió espanyola), va eliminar 4 ítems però va mantenir les 7 dimensions originals. El CCRQ-e presenta una bona consistència interna. La validesa de constructe va distingir diferències significatives en funció de l'edat, el nivell d'estudis i el

tipus de diagnòstic. La validesa de criteri del CCRQ i EQ-5D va mostrar correlacions significatives entre la percepció d'atenció centrada en la persona i la percepció general de salut amb la EQ-VAS.

- 2- Dels resultats de la investigació qualitativa amb els professionals va concloure que la COPM aporta múltiples beneficis en la pràctica diària, tant per als clients, professionals com per a les institucions, quan els serveis estan alineats amb l'ACP. Els resultats d'aplicació de la COPM amb els usuaris dels serveis, prioritzaren un total de 637 problemes d'acompliment ocupacional majoritàriament de les àrees de cura personal (29.5%) i mobilitat funcional (39.2%). Les puntuacions de la COPM varen correlacionar significativament amb IB, IADL, EQ-5D-3L (excepte la dimensió dolor) i el CCRQ (excepte les dimensions *impliació de la família* i *continuidad/coordinació*). La COPM no va mostrar diferències significatives en relació a l'edat i el nivell educatiu. En fiabilitat es va obtenir una alta correlació test-retest (>.80). En els centres socio-sanitaris es va observar una major sensibilitat al canvi, tant pel que fa a l'acompliment com pel que fa a la satisfacció (mitjana de canvi per ambdós valors: 3,7), que als centres residencials (mitjana de canvi: 0,8 i 1, respectivament).

### **Conclusió:**

Les evidències donen suport a l'ús de la COPM en persones grans dels serveis de rehabilitació i teràpia ocupacional centrats en la persona, així com el CCRQ-e es considera adequat per avaluar la rehabilitació centrada en la persona des de la perspectiva del propi usuari.

### **Paraules clau:**

Atenció centrada en la persona, teràpia ocupacional, rehabilitació, *Canadian Occupational Performance Measure*, *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire*.

## Resumen

### Introducción:

Aplicar una práctica centrada en la persona en los servicios de rehabilitación y terapia ocupacional implica disponer de instrumentos con evidencias de calidad que permitan la evaluación, dirijan la implementación, y hagan un seguimiento y medida de intervenciones centradas en las necesidades de la persona y sus familias.

### Objetivo:

Examinar la utilidad y las propiedades psicométricas de la **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**, en su versión en español, con los profesionales y usuarios de terapia ocupacional de las unidades de rehabilitación, de los Centros Sociosanitarios (CSS) y Centros Residenciales de Cataluña. Con el objetivo de examinar la capacidad de la COPM para asegurar un proceso de evaluación centrado en la persona, se llevó a cabo previamente la traducción, la adaptación al contexto español y el estudio de las propiedades psicométricas de un instrumento para valorar la percepción subjetiva de la aplicación de prácticas centradas en la persona como lo es el **Client Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)**.

### Método:

- 1- Para la adaptación y validación de la CCRQ se realizó una primera fase de traducción y retrotraducción del cuestionario por un panel de expertos y estudio piloto, y una segunda fase en que se administró a 317 usuarios de rehabilitación para recoger evidencias de fiabilidad y validez del instrumento.
- 2- Para evaluar la utilidad de la COPM, se realizó 4 grupos focales con 30 profesionales para analizar la experiencia en la aplicación de la medida. Con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio de la COPM, se administró la COPM junto con el Índice de Barthel (IB), la escala de Lawton IADL, el cuestionario EuroQol (EQ-5D-L3) con la EQ Visual Analogue Scale (EQ-VAS) y el CCRQ al alta, a 172 usuarios de los servicios de rehabilitación.

### **Resultados:**

- 1- El análisis factorial exploratorio y confirmatorio llevado a cabo con la CCRQ-e (versión española) eliminó 4 ítems, pero mantuvo las 7 dimensiones originales. El CCRQ-e presentó una buena consistencia interna. La validez de constructo distinguió diferencias significativas en función de la edad, nivel de estudios y tipos de diagnóstico. La validez de criterio de la CCRQ mostró correlaciones significativas entre la percepción de atención centrada en la persona y la percepción general de salud con la EQ-VAS.
- 2- De los resultados de la investigación cualitativa con los profesionales se concluye que la COPM aporta múltiples beneficios a la práctica diaria, tanto en los clientes, profesionales como en las instituciones, cuando los servicios están alineados con el ACP. Los usuarios de los servicios priorizaron con la COPM un total de 637 problemas de desempeño ocupacional, mayoritariamente centrado en las áreas de cuidado personal (29.5%) y movilidad funcional (39.2%). Las puntuaciones de la COPM correlacionaron significativamente con IB, IADL, EQ-5D-3L (excepto la dimensión dolor) y el CCRQ (excepto las dimensiones *implicación de la familia* y *continuidad/coordinación*). La COPM no mostró diferencias significativas en relación a la edad y el nivel educativo. En relación con la fiabilidad, se obtuvo una alta correlación test-retest (>.80). En los centros sociosanitarios se observó una mayor sensibilidad al cambio, tanto en el desempeño como para la satisfacción (media de cambio por ambos valores: 3,7), que en los centros residenciales (media de cambio: 0,8 y 1, respectivamente).

### **Conclusión:**

Las evidencias apoyan el uso de la COPM en adultos mayores de los servicios de rehabilitación y terapia ocupacional centrados en la persona, así como el CCRQ-e se considera adecuado para evaluar la rehabilitación centrada en la persona, desde la perspectiva del propio usuario.

### **Palabras clave:**

Atención centrada en la persona, terapia ocupacional, rehabilitación, *Canadian Occupational Performance Measure*, *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire*.

## Abstract

### **Introduction:**

Applying person-centred practice to rehabilitation and occupational therapy services requires having quality evidence-based instruments that enable assessment, guide implementation, and track and measure interventions focused on the needs of the person and their families.

### **Objective:**

The main objective of this study is to examine the usefulness and psychometric properties of the Spanish version of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) among occupational therapy professionals and users of rehabilitation units in socio-health centres and nursing homes of Catalonia. Additionally, the study aims to investigate whether this measure contributes to the implementation of Person-Centred Care (PCC). To achieve this, we first conducted the translation, adaptation and study of the psychometric properties of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ) to be administered alongside the COPM.

### **Method:**

- 1- For the adaptation and validation of the CCRQ, a panel of experts conducted a translation and back-translation process followed by a pilot study in the first phase. Subsequently, the questionnaire was administered to 317 rehabilitation users to gather evidence of its reliability and validity in the second phase.
- 2- To assess the utility of the COPM, we formed 4 focus groups consisting of 30 professionals to analyze their experiences with the measure's application. To examine the psychometric properties of the COPM, including validity, reliability, and responsiveness, we administered the COPM along with the Barthel Index (IB), the Lawton IADL scale, the EuroQol questionnaire (EQ-5D-3L) with the EQ Visual Analogue Scale (EQ-VAS), and the CCRQ at discharge, to 172 rehabilitation service users.

### **Results:**

- 1- The exploratory and confirmatory factor analysis resulted in the elimination of 4 items while retaining the original 7 dimensions of the CCRQ. The adapted

Spanish version of the CCRQ (CCRQ-e) demonstrated good internal consistency. Construct validity revealed significant differences based on age, level of education, and type of diagnosis. The criterion validity of the CCRQ and EQ-5D showed significant correlations between the perception of person-centred care and the general perception of health with the EQ-VAS.

- 2- The qualitative research with professionals indicated that the COPM offers multiple benefits in daily practice for clients, professionals, and institutions when services are aligned with PCC principles. The application of the COPM with service users identified a total of 637 occupational performance problems, primarily in the areas of personal care (29.5%) and functional mobility (39.2%). COPM scores showed significant correlations with IB, IADL, EQ-5D-3L (except for the pain dimension), and the CCRQ (except for the family involvement and continuity/coordination dimensions). The COPM did not demonstrate significant differences related to age and educational level. Additionally, in terms of reliability, the COPM exhibited a high test-retest correlation ( $> 0.80$ ), and higher responsiveness to rehabilitation was observed in social-health centres (mean change: both values 3.7) than in nursing homes (mean change: 0.8 and 1, respectively).

**Conclusion:**

The findings support the use of the COPM in older adults receiving person-centred rehabilitation and occupational therapy services, and the CCRQ-e is deemed suitable for assessing person-centred rehabilitation from the user's perspective.

**Key words:**

Person-centred care, occupational therapy, rehabilitation, Canadian Occupational Performance Measure, Client-Centred Rehabilitation Questionnaire.

# 1. Introducció

La introducció està organitzada en quatre apartats que tenen com a objectiu una primera contextualització de les polítiques socials i sanitàries relacionades amb l'envelliment i els serveis de rehabilitació, per situar el tema. En el segon apartat es presenten les característiques del context de l'estudi: els centres sociosanitaris i residencials. El tercer apartat correspon a la definició dels conceptes fonamentals i de les dimensions per facilitar l'entesa de la temàtica d'estudi i l'estat de la qüestió de l'atenció centrada en la persona, a partir d'una revisió de la literatura i de les polítiques sociosanitàries del moment. A l'últim apartat es presenten els instruments d'implementació i avaluació de la pràctica centrada en la persona, en base a introduir els dos instruments centrals en la part empírica d'aquesta tesi.

## 1.1 Polítiques socials i sanitàries basades en l'envelliment, i serveis de rehabilitació.

L'envelliment i les situacions de dependència formen una realitat que va en augment en la majoria de països. En l'àmbit mundial, l'informe OMS preveu que el 2030 una de cada sis persones serà major de 60 anys, i en els propers 25 anys es preveu que la població major de 80 anys es tripliqui (OMS, 2016, 2020). Les dades referents a Catalunya van en la mateixa línia; es preveu que el percentatge de població major de 65 anys augmenti un 21,81% l'any 2030 i el 2040 s'espera que el 26,0% de la població tingui 65 anys o més. Actualment un 19,29% de la població és major de 65 anys, amb una esperança de vida de 80,7 anys pels homes i 86,0 anys per les dones (Departament de Salut, 2023b). L'esperança de vida a Catalunya és una de les més altes del món, comportant un augment de les malalties cròniques, més freqüents en l'edat avançada. Les dades epidemiològiques en relació a la salut, informen que l'autopercepció de salut entre les persones majors de 65 anys és bona en un 59,8% dels homes i un 54% les dones, però pel que fa a la morbiditat, el 74,1% de les dones i un 62,8% dels homes presenten un o més problemes de salut crònics, unes dades que sembla ser que seguiran en tendència creixent els pròxims anys (Departament de Salut, 2021, 2023b; IDESCAT, 2023).



És una realitat que la persona a mesura que envellaix i augmenta la seva esperança de vida, incrementa la seva dificultat per a poder mantenir una vida independent i satisfactòria, apareixent dificultats que impacten directament en la seva salut (OMS, 2020). En el pla de salut de Catalunya 2020-2030, la salut es defineix com *una experiència de benestar i d'integritat de la ment i del cos, caracteritzada per una absència acceptable de mals significatius i que permeten a les persones aconseguir els seus fins vitals i funcionar en contextos socials i laborals ordinaris* (Departament de Salut, 2021, p. 8.)

Tenint en compte els canvis demogràfics i poblacionals es plantegen reptes importants en les polítiques de prevenció i adequació dels serveis socials i sanitaris que puguin donar resposta i acompanyin les necessitats de la població al llarg de totes les etapes de la vida dins els entorns comunitaris on viuen (Departament de Salut, 2021; OMS, 2020).

Aquest envelliment poblacional, juntament amb l'augment de les malalties cròniques i de les persones en situació de risc social, han obligat a revisar uns sistemes de salut i socials amb recursos limitats i necessitats en augment, a fer-hi canvis importats. La complexitat dels problemes que afecten la població constitueix un repte per garantir la qualitat de vida, alhora que suposa un increment de costos en personal de salut i recursos. Per tant, sorgeix amb més força la necessitat de proveir serveis eficients dirigits a les necessitats de la persona, enfront als tractaments estàtics i protocolitzats que donen pocs beneficis al client i esdevenen un cost important en l'atenció social i sanitària (Departament de Salut, 2021, 2022a, 2023b; Departament de Treball, 2023; Durante i Pedro, 2010; PIAISS, 2016).

En les últimes dècades el sistema social i sanitari, influenciat per un model mèdic paternalista, ha sofert una contínua protocolització de les intervencions i tractaments, que ha portat una deshumanització del sistema. Està més enfocat cap a la malaltia que a les pròpies persones, de manera que l'atenció es centre més en perfils de pacients amb determinades patologies, que no pas a l'atenció de cada cas amb les seves diferències individuals (Martínez, 2015, 2017; Wilberforce et al., 2017). La majoria dels sistemes de salut estan concebuts per tractar afeccions de salut agudes i no estan tan preparats per afrontar necessitats sanitàries cròniques o de major complexitat, que solen anar acompanyades d'edat avançada, fragilitat, demència

o diferents síndromes geriàtrics. Aquest funcionament dificulta poder donar una resposta global a les persones i a la seva diversitat (Departament de Salut, 2021). Per aquest motiu cal revisar i aplicar enfocaments integrals d'atenció en salut que puguin prevenir i alenir la pèrdua de capacitat i, en el cas que les pèrdues siguin inevitables, ajudar les persones a compensar la seva capacitat funcional per poder potenciar al màxim l'acompliment de les activitats de la vida diària. Tots aquests enfocaments han de girar entorn a les necessitats de les persones i no en base a les característiques dels serveis. Cal doncs, proveir de recursos a les persones que els permetin viure i envellir en el seu entorn habitual, ja sigui en serveis d'atenció a domicili, centres de dia, serveis de convalsència o residències. Els serveis han d'estar disponibles en les comunitats i coordinar-se entre ells de forma eficaç quan l'assistència i l'atenció sigui a llarg termini (Departament de Salut, 2022a, 2023b; Martínez, 2015; OMS, 2020).

En els últims anys l'OMS ha proposat una estratègia global per aquest canvi de paradigma per a redissenyar serveis sanitaris segons els principis centrats en la persona (OMS, 2015) i a partir d'aquest moment, s'ha anat incorporant i aplicant de forma esglaonada com a paradigma fonamental en totes les polítiques de salut desenvolupades, tant pels governs i agències internacionals, com per organitzacions professionals (Departament de Salut, 2021; Departament de Treball, 2023; OMS, 2016, 2021; PIAISS, 2016). Aquestes polítiques socials i sanitàries van dirigides a proveir serveis de qualitat basats en les necessitats de la població, en contraposició als models biomèdics i burocràtics positivistes i despersonalitzats basats en plantejaments uniformes més analítics i directius que s'han aplicat fins al moment (Hammell, 2006; Martínez, 2015; PIAISS, 2016; Wilberforce et al., 2017).

Dues polítiques internacionals cabdals marquen les directrius en l'atenció social i sanitària i la rehabilitació de les persones adultes i adultes majors. Per una part, les directrius internacionals plantejades des de l'Organització Mundial de la Salut relacionades amb l'envelliment saludable, plasmat en el document *Decade Healthy Ageing 2020-2030*, i per l'altra, les directrius plantejades en el Marc de Competències en Rehabilitació (2021).

1- *Decade Healthy Ageing 2020-2030* o Dècada de l'Envelliment Saludable

2020-2030 proposada per l'OMS (OMS, 2020), es basa en el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (Naciones Unidas, 2002), conegut també com a PAIME, en la *Estratègia Mundial sobre Envejecimiento y Salud* (2016-2030)(OMS, 2016), així com en els diferents informes mundials sobre envelliment i salut de l'OMS (2015- 2022). Alhora, aquest informe està completament alineat amb l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible i els seus 17 Objectius de Desenvolupament Sostenible de les Nacions Unides (ODS)(United Nations, 2015). En aquest marc es planteja un compromís per part dels governs, la societat, els organismes internacionals, els professionals, les institucions acadèmiques, els mitjans de comunicació i el sector privat per unir-se per millorar les vides de les persones i les seves famílies en el sí de la comunitat. Les actuacions polítiques i d'acció social tindran el compromís d'oferir oportunitats per tal que les persones que viuen més anys ho facin de forma saludable, fomentant la capacitat funcional de manera que els permeti ser i fer allò que valorin o desitgin fer. Això requereix el proveïment de serveis d'atenció integrada i centrats en la persona, així com proporcionar accés a l'atenció a llarg termini a aquelles persones que la necessitin.

2- *Rehabilitation Competency Framework* o Marc de Competències de Rehabilitació (RCF)(OMS, 2021), és una eina clau per alinear els serveis de rehabilitació a les necessitats de la població. S'hi defineixen els valors i creences centrals compartides per totes les accions en el marc de la rehabilitació i engloba les competències, comportaments, coneixements i habilitats necessàries per a realitzar un seguit d'activitats i tasques pròpies en la pràctica de la rehabilitació i la prestació de serveis.

Tant l'estratègia mundial com la Dècada de l'Envel·liment Saludable, se centren a millorar la trajectòria de l'envel·liment saludable de les persones que es troben o són en la meitat de les seves vides, i van dirigits a satisfer les necessitats de la població en el segle XXI.

Aquestes directrius-marc ja han estat incorporades al Pla de salut de Catalunya 2021-2025 (Departament de Salut, 2021) i Pla estratègic de serveis socials 2021-2024 (Departament de Treball, 2023), progressivament s'han anat incorporant a les diferents actualitzacions, adaptacions i millores del Pla director socio-sanitari català (Departament de Salut, 2017, 2023b, 2023a)

a més de les polítiques del departament de drets socials (Departament de Salut i Departament de Drets Socials, 2022), així com en el disseny del nou Pla de rehabilitació de Catalunya (Departament de Salut, 2022b). Totes elles tenen en comú que són polítiques nacionals dissenyades per a la millora de l'atenció i la cura de la salut en el sentit més ampli de la paraula, dins un model d'atenció sanitària i social integrada que dona resposta a les necessitats de salut (Departament de Salut, 2022a).

En aquest moment el sistema social i sanitari a Catalunya està realitzant importants canvis que porten a una transformació del sistema i reordenació sota un nou paradigma d'atenció sanitària, per abordar les necessitats i demandes sanitàries i socials, i respondre de manera holística el que planteja el nou paradigma de l'atenció sanitària.

## 1.2 Centres socio-sanitaris (CSS) i residencials en el context socio-sanitari català.

### 1.2.1 Antecedents i contextualització dels serveis de rehabilitació.

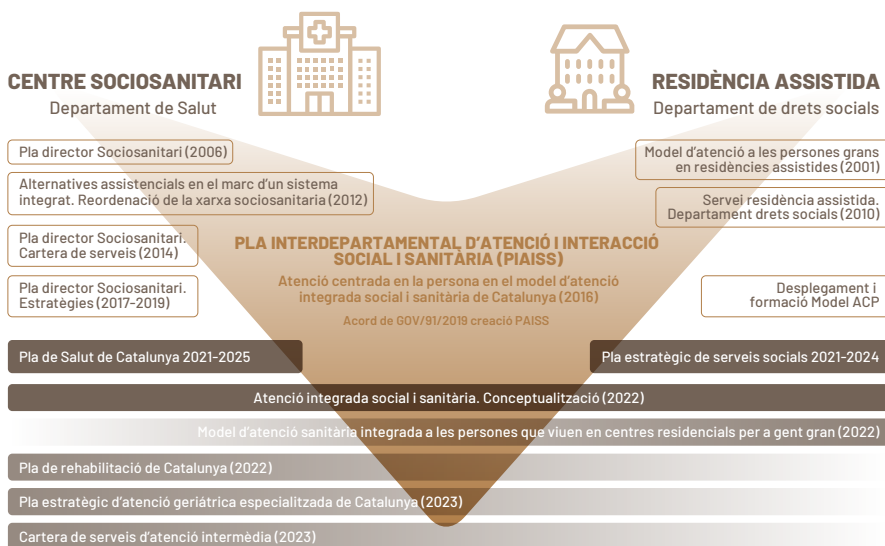
*La rehabilitació és definida per l'OMS, com el conjunt d'intervencions de salut concebudes per optimitzar el funcionament i reduir la discapacitat de les persones amb condicions de salut en la interacció amb el seu entorn. Entenent com a condició de salut una malaltia, un trastorn, una lesió o traumatisme, així com altres circumstàncies com l'embaràs, l'estrès, una anomalia congènita o una predisposició genètica. La rehabilitació té com a finalitat maximitzar la capacitat d'una persona per viure, treballar i aprendre (OMS, 2021, p. 1).*

A hores d'ara a Catalunya existeixen dos tipus de centres d'atenció dirigits a les persones, que donat el seu nivell de dependència funcional i complexitat clínica, no poden ser ateses al seu domicili o comunitat, i requereixen de serveis de rehabilitació i teràpia ocupacional. Són els centres socio-sanitaris i els centres residencials.

Els centres socio-sanitaris depenen i són competència del Departament de Salut de la Generalitat, mentre que els centres residencials són competència del Departament de Drets Socials de la Generalitat. A la Figura 1 es presenta de manera gràfica l'evolució dels serveis socio-sanitaris i residencials amb els diferents plans, directrius i acords que dirigeixen el funcionament de cada

un dels recursos, i com s'articulen amb l'actual desplegament del model coordinat d'atenció social i sanitària de Catalunya.

**Figura 1. Els centres socio-sanitaris i residències en el marc polític del desplegament de la coordinació Social i Sanitària a Catalunya.**



Font: Elaboració pròpia.

El sistema socio-sanitari català al llarg dels anys ha anat patint diferents processos de transformació i reorientació respecte del model plantejat inicialment pel Programa Vida als Anys (1986), ha adaptat els seus serveis a una població amb un fort índex d'envelliment, ha incorporat les noves directrius plantejades en els plans de salut nacionals i internacionals i alhora, ha canviat el seu enfocament dirigint-lo cap a un model que dona resposta a les patologies que cursen amb cronicitat, i cap als malalts amb patologies cròniques, donant resposta així a les necessitats socio-sanitàries del moment (Departament de Salut, 2006, 2014, 2017, 2023a).

Un procés semblant ha tingut lloc en el model de residència assistida. Quada lluny el model de residència plantejat fa una dècada, adreçat a persones grans amb diferents nivells de dependència o que simplement necessitaven el recurs com a suport social. L'augment de la demanda de places residenci-

als en l'última dècada a causa de l'increment de persones amb alts nivells de dependència, ha confluït amb la necessitat de millora qualitativa dels serveis i l'evolució del model tradicional. De ser només serveis d'acolliment s'ha passat a la disponibilitat de serveis cada vegada més especialitzats per adaptar-los a les necessitats de les persones amb dependència. Això ha implicat canvis en els models organitzatius i estructurals per donar resposta a les necessitats d'uns serveis dirigits a població que ha incrementat progressivament l'edat (82,2 anys de mitjana el 2019) amb un alt grau de complexitat i amb patologies que comporten situacions de dependència (49,99% amb grau III de dependència i el 47,51% amb grau II)(Departament de Salut i Departament de Drets Socials, 2022; Martínez Rodríguez, 2015; Rojano i Luque et al., 2021).

### **1.2.2 Definició dels serveis i perfil d'usuaris.**

Segons el Pla director sociosanitari (2006), l'àmbit d'atenció sociosanitària a Catalunya disposa de tres nivells d'intervenció: els serveis d'hospitalització que contemplen llarga i mitja estada (convalescència i cures pal·liatives); els serveis d'atenció diürna ambulatoria, que es componen d'hospitals de dia; els Equips d'Avaluació Integral Ambulatoria i finalment els Equips de Valoració i Suport (UFISS i PADES)(Departament de Salut, 2006). En el present treball, la investigació se centra en els dos primers, concretament en els usuaris que utilitzen els serveis de rehabilitació, ja sigui pel fet que estan ingressats al centre o com a assistents a hospitals de dia.

Els centres sociosanitaris (CSS) o espais d'hospitalització, són espais assistencials dotats de l'estructura i del personal necessari per a l'atenció continuada de persones amb malalties o processos crònics, que presenten diferents nivells de dependència funcional i diversos graus de complexitat clínica i que no poden ser ateses al seu domicili. Als serveis de rehabilitació s'atenen majoritàriament persones grans amb malalties de base que necessiten una recuperació funcional després de patir un procés quirúrgic, mèdic o traumatològic. Per tant, el perfil és de persones amb processos de malaltia subaguda o crònica (Generalitat de Catalunya, 2023a; Pozzi et al., 2020).

En els centres sociosanitaris l'objectiu principal és la rehabilitació per assolir la recuperació funcional de l'usuari i el retorn al seu domicili sempre que sigui possible. Un cop realitzada la primera avaluació per part de l'equip

interdisciplinari, s'estableix un pla de tractament que oscil·la entre els 15-40 dies, en el cas d'un usuari ingressat a la unitat de convalsència i els 2 mesos, per als usuaris que es troben en les unitats de llarga estada (Bullich-Marin et al., 2017; Departament de Salut, 2014; Durante Molina i Pedro Tarrés, 2010; Pozzi et al., 2020).

La intervenció en els centres socio-sanitaris va dirigida inicialment al tractament dels problemes que provoquen la discapacitat, i més endavant a la compensació de la dependència en aquells casos que la recuperació no ha estat complerta. O sigui, primer es treballa la recuperació funcional i de la mobilitat de l'usuari per poder realitzar les activitats de la vida diària; i posteriorment es busca l'adaptació o compensació en aquelles situacions on la mateixa discapacitat o malaltia limiten o restringeixen la capacitat de viure una vida independent al seu domicili (AOTA, 2020; Departament de Salut, 2006, 2017; Durante i Pedro, 2010; Pozzi et al., 2020).

Per altra banda, les residències assistides són serveis d'acolliment residencial amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral, adreçats a persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten supervisió constant i que tenen una situació sociofamiliar que requereix la substitució de la llar. El servei s'adapta al grau de dependència de les persones usuàries, facilita un entorn substitutiu de la llar, que alhora afavoreix la recuperació i el manteniment de l'autonomia personal i social. En aquests centres els usuaris que ingressen ho són per davallades funcionals i per incapacitat de poder mantenir la seva vida en un entorn domiciliari, presentant un grau de dependència cada vegada més elevat. Per tant, la majoria de les persones que s'atenen presenten davallades funcionals pròpies de l'edat o malalties cròniques (Departament de Salut i Departament de Drets Socials, 2022; Generalitat de Catalunya, 2001, 2023b).

Als centres residencials, l'objectiu principal és l'estimulació i el manteniment de les capacitats funcionals i la qualitat de vida. S'avaluen les necessitats de la persona conjuntament amb l'equip interdisciplinari i es marquen els objectius a treballar mitjançant l'anomenat Pla Individualitzat d'Atenció Integral (PIAI). A diferència dels CSS, aquí l'estada de l'usuari acostuma a ser indefinida, per tant els objectius i el seguiment de la intervenció es revisa

de forma periòdica (Departament de Salut i Departament de Drets Socials, 2022; Durante i Pedro, 2010).

Als centres residencials l'abast de les intervencions és més ampli. Poden ser dirigides a la prevenció de la incapacitat, a la rehabilitació en aquells processos incapacitants que tenen possibilitat de recuperació, al manteniment de processos crònics o a la modificació de l'activitat i/o entorn quan és necessari (AOTA, 2020; Durante Molina i Pedro Tarrés, 2010).

En ambdós casos els usuaris requereixen els serveis de rehabilitació. Aquests serveis o equips de rehabilitació tenen lloc en un espai del mateix centre i reben les persones usuàries derivades des de cada dispositiu (Departament de Salut, 2022b).

Tenint en compte que té com a finalitat que les persones siguin funcionals per poder realitzar i participar de les seves activitats del dia a dia, es necessita un abordatge multidisciplinari si realment es volen assolir aquests objectius. L'equip de rehabilitació és per tant multidisciplinari, amb professionals que marquen uns objectius específics per a cada usuari, tenint en compte que una intervenció rehabilitadora eficaç hauria d'incloure una avaluació i un pla d'atenció individualitzat proactiu, que millori la qualitat de vida de l'usuari i de les seves famílies (Departament de Salut, 2022b; OMS, 2021; Pozzi et al., 2020; Wressle, Eeg-Olofsson, et al., 2002)

Normalment aquests processos d'atenció es duen a terme sota la responsabilitat d'un professional especialista en medicina física i rehabilitació que actua de manera coordinada amb l'equip de rehabilitació. Aquest equip està format habitualment conformat per terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes, logopedes, especialistes en rehabilitació mèdica, ortopèdia, infermeria i psicologia. Però també s'inclou com a personal de rehabilitació els assistents, tècnics o professionals de salut que contribueixen i donen suport en la rehabilitació (Departament de Salut, 2022b; OMS, 2021).

### **1.2.3 La teràpia ocupacional com a professió**

La teràpia ocupacional és una professió sociosanitària que es focalitza en l'atenció de la salut i el benestar a través de l'ocupació. Es consideren ocupacions totes aquelles activitats que realitza la persona en el seu dia a dia, com a individu, en família o amb la comunitat, per ocupar el temps, donar



significat i propòsit a la seva vida (AOTA, 2020).

La Federació Mundial de terapeutes ocupacionals la defineix com a *client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement (WFOT, 2012).*

Per tant, és considerada una professió essencialment centrada en la persona, on es treballa per capacitar a les persones, famílies o grups per la participació en les activitats que les persones volen, necessiten fer o s'espera que facin, en el seu dia a dia (WFOT, 2018).

Entre els valors de la teràpia ocupacional, sobresurt el respecte per la singularitat dels clients i el dret que aquests tenen, en poder elegir i decidir en tot el procés d'intervenció. Des de l'inici es planteja un enfocament de col·laboració amb l'usuari, on les decisions es prenen conjuntament i per tant, es promou que hi hagi una avaluació i atenció personalitzada. Es convida als clients a participar en totes les fases del procés terapèutic, des de la identificació dels problemes, l'establiment d'objectius, la planificació de la intervenció i l'avaluació de resultats (Ayres, 2010; CAOT, 2002; Guidetti et al., 2020; Rogers i Holms, 2009).

Des d'aquesta perspectiva centrada en el client, són les necessitats i els desitjos percebuts per a la persona el què impulsa la intervenció. Aquest enfocament es recolza en que les experiències viscudes en la vida del client són úniques en el món i aquestes són el punt de partida per establir les fites i la col·laboració durant tot el procés d'intervenció (Law et al., 1994; Sumsion i Law, 2006).

En tot moment, sigui quin sigui el servei o context on es realitzi la intervenció, o el model, o l'enfocament conceptual teòric o pràctic que el professional prengui de referència, la funció del terapeuta ocupacional és facilitar que les persones amb o sense discapacitat, puguin participar en aquelles activitats quotidianes que siguin rellevants i significatives en la seva vida.

Per tant, després d'una avaluació que identifica les dificultats i potencialitats de la persona, es realitza la intervenció ja sigui capacitant la persona, modificant i/o adaptant l'activitat o incidint en el seu entorn (AOTA, 2020; Wilcock, 1998).

### 1.3 Atenció Centrada en la Persona

L'origen del concepte "atenció centrada en la persona" es vincula al concepte de "pràctica centrada en el client" plantejat per Carl Rogers, en el que defensava un enfocament basat en un assessorament centrat en les preocupacions que els mateixos clients identificaven, considerant que són els clients, els que millor coneixen les seves necessitats i experiències (Rogers, 1981; Sumsion i Law, 2006; Townsend i Polatajko, 2007). Tot i que el terme té l'origen dècades enrere, el seu ús en l'època contemporània es considera com un neologisme que significa *assistència en salut d'alta qualitat, flexible i sensible a les necessitats de l'usuari* (Silva, 2014).

*Person-centredness* o "centrat en la persona" implica situar la persona en el centre de l'atenció. Actualment és un concepte omnipresent en totes les polítiques i serveis de salut (Departament de Salut, 2021, 2022b; Guidetti et al., 2020; OMS, 2021; Ree et al., 2019; OMS, 2015).

En la literatura podem trobar propostes de múltiples definicions del concepte, però en qualsevol cas, *person-centredness* és una filosofia que implica organitzar i proporcionar atenció sociosanitària en base a les necessitats, valors o preferències de la persona, a la vegada que s'optimitza la intervenció. Es tracta de proporcionar una atenció de manera que s'estableixin uns objectius assistencials congruents amb els valors i la identitat de l'individu (que sap el què és important per a la identitat i pel seu benestar). Des d'aquesta perspectiva, els factors humans i del context són únics de cada persona, i estan considerats per sobre dels factors purament biològics de la persona malalta (Gupta i Taff, 2015; Jesus et al., 2016; Townsend i Polatajko, 2007; Wilberforce et al., 2017).

#### 1.3.1 Termes associats al concepte "centrat en la persona".

Terminològicament, el concepte "centrat en la persona" tant en la literatura com en les diferents professions i contextos pot variar la seva denominació. Aquesta és utilitzada amb diferents matisos per les diferents professions

que conformen els equips de rehabilitació, però comparteixen en comú la filosòfica humanista, el reconeixement de les persones com a éssers únics, la prioritització de les necessitats i la visió holística de la persona (Jesus et al., 2016; Ranner et al., 2016; Sumsion i Law, 2006; Wilberforce et al., 2017).

Possiblement, Martínez et al. en la seva tesi (2015), i Wilberforce et al. (2017) són els autors que fan una definició més globalitzada, acurada i contrastada del concepte pel què fa a àrees i professions. La majoria d'aquests termes sovint són utilitzats de forma intercanviable, representen principis molts semblants, però poden existir diferències en l'enfocament (Silva, 2014).

Partint dels treballs d'aquests i altres autors (Armstrong, 2008; CAOT, 2002; Castro et al., 2016; Dedding et al., 2004; Enemark et al., 2018; Guidetti et al., 2020; Hammell, 2006; Jesus et al., 2016; Karstensen i Kristensen, 2021; McMurray et al., 2016; Mead i Bower, 2000; Nolte et al., 2020; OMS, 2021; PIAISS, 2016; Pozzi et al., 2020; Rodríguez-Bailón et al., 2020; Rojano i Luque et al., 2021; Scholl et al., 2014; Silva, 2014; Sumsion i Law, 2006; Townsend i Polatajko, 2007; OMS, 2015), a continuació es sintetitzen les principals diferències, per il·lustrar la varietat d'interpretacions del concepte.

Una primera diferència la podem trobar si tenim en compte l'enfocament que rep el subjecte. Es pot fer referència a l'individu com a persona, client, pacient o família en el cas de considerar que la intervenció inclou tota la unitat familiar (Townsend i Polatajko, 2007; Wilberforce et al., 2017). A continuació es presenten algunes diferències o matisos a tenir en compte que van relacionats amb cada un dels termes plantejats, en els casos que es comparteix un mateix acrònim però que en varia el nom.

- **Centrat en la persona o centrat en la persona i la seva família** (en anglès *person-centred o person/family centred*) serien els conceptes i termes més utilitzats a dia d'avui per l'OMS i pels documents internacionals que marquen les directrius sobre la incorporació de l'enfocament en la salut. Aquests documents marc ajuden a traçar les relacions entre les diferents parts de l'ecosistema sanitari de cara a proporcionar un context per a la salut integrada i centrada en les persones i serveis. Aquest marc col·loca les persones, famílies i comunitats al centre, dins d'un context de prestació de serveis universal, equitatiu, centrat en les persones i on el conjunt de serveis sanitaris estan integrats (OMS, 2020, 2021; PIAISS, 2016; OMS, 2015). Cada vegada és més utilitzat pel fet de tenir un enfocament més ampli i

holístic, donant més valor a la persona que al “pacient”. Considera el factor humà únic de cada persona, per damunt del “pacient” que té una malaltia (Jesus et al., 2016). Pel que fa al terme **centrat en la família** o *family-centred*, aquest és més utilitzat quan fa referència a casos en que el servei va dirigit a les persones grans o serveis infantils i on cal la implicació de la família en el procés (Silva, 2014).

- **Centrat en el client** o *client-centred*. El terme client va ser aportat com a primera opció pel mateix Carl Rogers (Rogers, 1981). Va prioritzar anomenar client en lloc de pacient, pel reconeixement de la persona com a agent actiu del procés, en contraposició a la paraula pacient que indica una posició més passiva. Quan es visualitza la persona com a client, la situa en una posició de major responsabilitat, autonomia i llibertat sobre les decisions en un procés terapèutic. També el propi enfocament implica la provisió de serveis als clients, que poden ser persones individuals, grups, associacions, organismes, governs, entre altres (CAOT, 2002; Gupta i Taff, 2015; Sumsion i Law, 2006; Townsend i Polatajko, 2007).
- **Centrat en el pacient** o *patient-centred* sorgeix lligat a les limitacions convencionals a l'hora de practicar la medicina des del model biomèdic. És definit com un enfocament bio-psicosocial amb una actitud que pretén donar una atenció respectuosa, individualitzada i d'apoderament. Implica la participació individual del pacient basada en una relació de confiança mútua i genuïna, una sensibilitat, empatia i coneixement compartit (Castro et al., 2016; Mead i Bower, 2000; Scholl et al., 2014). Se centra principalment en les interaccions dins el sistema de salut i sovint és utilitzat en la producció sanitària per escrit. Alguns autors apunten a la connotació més passiva del terme, o que l'etiqueta *pacient* pot resultar un aspecte negatiu a l'hora de ser visualitzat com a subjecte actiu i proactiu i de participar de les seves decisions de salut (Jesus et al., 2016; Nolte et al., 2020).
- **Centrat en les persones/gent** o *centred-people* és més utilitzat en documents oficials o polítiques en què cal referir-se al conjunt de persones a qui va dirigida l'atenció (OMS, 2021; WHO, 2013; OMS, 2015).

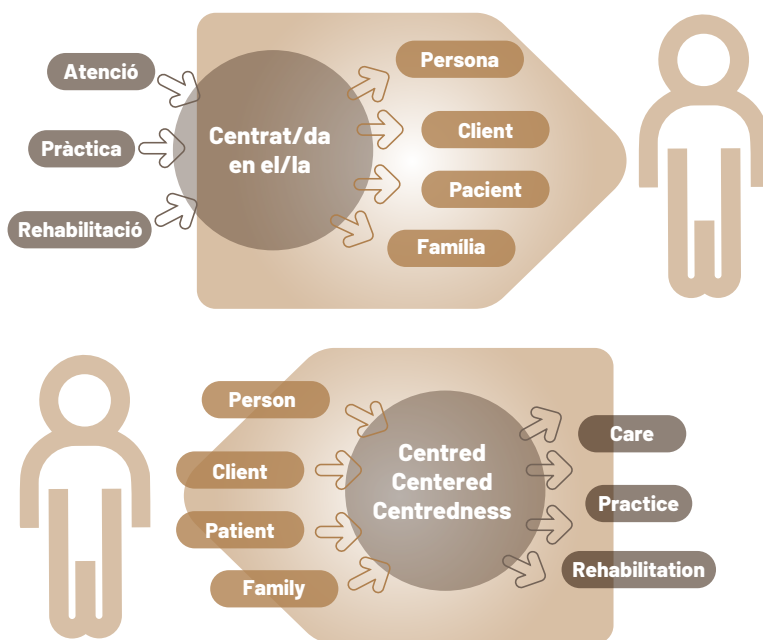
Tot i les diferències comentades, sovint en la literatura podem trobar que els conceptes de person-centred, patient-centred i client-centred i altres conceptes semblants són utilitzats de forma intercanviant, que poden coexistir tant en

la pràctica com en la recerca de la salut (Guidetti et al., 2020; Silva, 2014).

També cal dir, que en el cas de la literatura de procedència americana és més comú utilitzar el terme *centered* que el terme *centred*. En ambdós casos el significat és el mateix (Martínez, 2015).

Si tenim en compte el context o l'àrea professional podem trobar diferents terminologies en base a l'aspecte on es focalitza aquesta atenció centrada. En la Figura 2 es pot veure de forma exemplificada les múltiples opcions terminològiques que en poden sorgir/derivar del concepte.

**Figura 2. Possibles combinacions terminològiques del concepte centrat en la persona.**



Font: Elaboració pròpia.

A continuació s'exposen algunes de les terminologies més utilitzades en rehabilitació amb la intenció d'exposar, clarificar els conceptes i aproximar a un llenguatge entenedor, vàlid i comú per a tots els professionals de la salut.

- **Atenció Centrada a la Persona (ACP)** o *Person-centred care*. La definició d'ACP proposada per l'Organització Mundial de la Salut 2008, s'hi refereix com a "aquella atenció que s'aconsegueix quan es posa a la persona en l'eix i on interactuen la resta de dimensions relacionades amb la intervenció basada en l'evidència científica, l'organització del servei, l'equip, la interdisciplinarietat i l'ambient" (PIAISS, 2016). L'enfocament té en compte la persona en la seva totalitat, tant en les preferències, com el benestar i la situació social i cultural (Nolte et al., 2020). És un terme més comú en la literatura sanitària europea i utilitzat en els principals documents polítics-marc i promogut per la Health Foundation (da Silva, 2014). És el terme més utilitzat en el sistema de salut espanyol, sobretot en l'atenció a les persones grans o amb demència, en els serveis de salut mental o en cures pal·liatives. L'ACP està present en les polítiques com a eix estratègic per la qualitat dels serveis socials i sanitaris que tradicionalment ha seguit el model anglès o les directrius més internacionals. El treball inicial de divulgació i d'implantació de l'ACP en el territori, concretament en l'àmbit de la gerontologia, ha estat sobretot pel treball realitzat per T. Martínez i el seu equip a partir de la creació del *Modelo de Atención Centrada en la Persona* (Martínez, 2015, 2017; Rodríguez i Vilà, 2014). Per tant, molta de la terminologia en salut actuals segueixen aquestes directrius (Departament de Salut, 2021, 2022b; Departament de Treball, 2023; PIAISS, 2016). Més endavant, s'ampliarà la informació sobre el concepte i la seva aplicació pràctica.
- **Rehabilitació centrada en el client/persona** o *client-centred/person-centred rehabilitation (PCR)*. La pràctica centrada en el client es considera un coneixement fonamental per a la pràctica de la rehabilitació. És definida com el conjunt de valors i creences fonamentals que cal compartir en rehabilitació (OMS, 2021). La prioritat en una rehabilitació centrada en el client és que sigui orientada a les necessitats i objectius de la persona i les seves famílies. Se situa i empodera la persona i la seva família en un procés de col·laboració per tal de planificar el objectius en base a les seves necessitats i desitjos, amb la finalitat que la persona pugui participar en les activitats i rols significatius de la seva vida. Per aquest motiu el *goal-setting* o l'establiment d'objectius de forma conjunta professional-usuari, és considerat en rehabilitació com una pràctica d'excel·lència (Armstrong, 2008). Els valors

fonamentals són la compassió i l'empatia per entendre la persona i la família, la sensibilitat i el respecte a la diversitat, cosa que implica reconeixement als valors de cada persona per tal de respectar en tot moment la seva dignitat i l'autodeterminació. La rehabilitació centrada en la persona i en les seves famílies és la terminologia proposada per la OMS en el *Rehabilitation Framework* (2021) i actualment emprada per tots els professionals que conformen els equips de rehabilitació (Guidetti et al., 2020; Jesus et al., 2016; Pozzi et al., 2020; Ranner et al., 2016; Ree et al., 2019; Sumsion i Law, 2006; Wressle, Eeg-Olofsson, et al., 2002). Tot i que comparteix similituds amb la literatura mèdica i infermera, conté un accent especial en la importància de la participació en les diferents activitats significatives i de valor, com a recurs per mantenir la identitat i el benestar de la persona (Armstrong, 2008; Wilberforce et al., 2017).

- **Pràctica centrada en el client** o *Client-centred practice (PCC)*. Existeixen diverses definicions de *client-centred practice*, però totes elles comparteixen molts components clau. Des d'una perspectiva centrada en el client, són les necessitats i els desitjos percebuts per a la persona el que ha d'impulsar la intervenció amb un enfocament de col·laboració. Es concreta en que les experiències viscudes en la vida del client són úniques en el món i aquestes són el punt de partida per establir les fites i la col·laboració del client, que té el dret de poder elegir i decidir en tot el procés d'intervenció. Per tant, es convida els clients a participar en totes les fases del procés terapèutic, des de la identificació dels problemes, l'establiment d'objectius, la planificació de la intervenció i l'avaluació de resultats (Ayres, 2010; Karstensen i Kristensen, 2021; Sumsion i Law, 2006). Els clients poden ser persones individuals, grups, organismes, governs i associacions entre altres. És el concepte més usat en teràpia ocupacional ja que esdevé l'eix central de l'essència i de la filosofia de la professió. Va néixer amb el *Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)* (CAOT, 2002; Townsend i Polatajko, 2007) i es caracteritza per tenir forts vincles amb la pràctica, sobretot pel que fa a la participació activa dels clients en el procés de rehabilitació (Guidetti et al., 2020). Es nodreix més de models i de literatura nord americana amb una forta influència canadenc i en l'àmbit europeu, està més marcat per la influència dels països nòrdics que no dels britànics. També és el més utilitzat en l'atenció

social, en la salut mental o en professions més específiques (Silva, 2014).

Implica un gir en la relació de poder. En la PCC, els clients són considerats els experts en les seves ocupacions significatives de la vida quotidiana i la funció del terapeuta ocupacional (TO) és habilitar aquestes ocupacions per afavorir la participació en la societat. Els valors troncal i els elements de la pràctica centrada en el client estan descrits a la literatura de TO. El més important són els rols que desenvolupen els clients, els seus interessos, l'entorn i la cultura d'on venen (Karstensen i Kristensen, 2021; Townsend i Polatajko, 2007).

- **Atenció centrada en el pacient** o *Patient-centred care*. Segons l'*Institute of Medicine* és el respecte a les preferències, necessitats i valors de l'individu assegurant que l'atenció rebuda i les decisions clíniques estan guiades pels valors. La forma en què s'utilitza el terme en la literatura mèdica se centra sobretot en qüestions relacionades amb la comunicació (Castro et al., 2016; Cott et al., 2006). Es defineix com un enfocament en la planificació i en l'atenció mèdica basat en l'associació dels proveïdors d'atenció mèdica i els pacients, amb l'objectiu de facilitar els resultats i les experiències dels pacients al temps que es redueixen costoses o innecessàries proves diagnòstiques, medicaments, estàncies hospitalàries i derivacions mèdiques. És el terme més utilitzat en la literatura científica general i la d'origen nord-americà, principalment en medicina, planificació i atenció hospitalària. També en infermeria, per l'estreta relació amb el món hospitalari (Cott et al., 2006; Nolte et al., 2020; Scholl et al., 2014; Silva, 2014).
- **Planificació Centrada en la Persona** o *Person-centred Planning (PCP)* s'utilitza sobretot en gestió per descriure la importància del mapeig dels aspectes clau de la vida d'una persona que inclou la història personal, les relacions i les rutines habituals, entre altres aspectes (Wilberforce et al., 2017). Com es pot deduir amb el que s'ha exposat anteriorment, existeixen diferents denominacions per anomenar un enfocament centrat en la persona i alhora integrat als serveis sanitaris. Però el més important és que els objectius d'aquest canvi, estan fonamentats en uns principis comuns i en un marc de valors unificat. Els principis són: una atenció integral i holística, adaptada a les necessitats de les persones al llarg de la seva vida, que contempla la prevenció i que és equitatiu i accessible a tothom. Un procés



col·laboratiu, i co-productiu, que empodera les persones des d'un punt de vista ètic i respectuós, dotat de drets i responsabilitats, eficaç (sostenible) que es coordina entre els diferents recursos integrats en salut que recullen les directrius internacionals (OMS, 2015).

En tot el document el terme prioritzat serà Centrat en la Persona o Atenció Centrada en la Persona (ACP) ja que és el terme utilitzat en les polítiques internacionals (OMS) i del context (OMS, 2021; PIAISS, 2016). Tot i així, es respectarà i s'utilitzaran les altres opcions quan provenen de les aportacions dels autors originals.

### 1.3.2 Dimensions de l'ACP

*Person-centredness* es considera un concepte multidimensional, sense un únic atribut que pugui descriure'l en la seva totalitat (Wilberforce et al., 2017). En la descripció de les dimensions es pretén conceptualitzar i explicar el constructe centrat en la persona, però és important tenir present que les dimensions no són excloents i que entre les dimensions hi ha una sobreposició conceptual de temes que sovint presenten una interrelació (McMurray et al., 2016). Diferents autors han realitzat la tasca de desgranar els elements que conformen el concepte, per entendre la complexitat de factors que intervenen a l'hora de proveir un servei centrat en la persona.

En la literatura podem trobar una gran varietat de models que descriuen aquestes dimensions. Una primera revisió de la literatura empírica del concepte segons Mead i Bower (2000) planteja 5 dimensions de l'ACP: (1) Des de la perspectiva biopsicosocial, (2) el reconeixement del pacient com a persona, (3) compartir el poder i la responsabilitat, (4) l'aliança terapèutica i (5) el fet de situar el metge com a persona. Aquestes primeres revisions se centren en aspectes relacionats purament en la relació metge-pacient. En posteriors definicions i anàlisis del concepte, nous aspectes/factors passen a integrar/explicar o a nodrir les múltiples dimensions que engloba el concepte que tenen a veure amb aspectes que estan directament relacionats amb la família, el treball en equip, la coordinació i la continuïtat en l'atenció, així com el suport físic o aspectes vinculats amb la gestió, que es decideixen amb les polítiques de salut i organització dels serveis (Jesus et al., 2016; Scholl et al., 2014). El que més endavant planteja Castro et al. (2016) i Jesus et al. (2022), és tenir en compte una mirada no només des d'un nivell més *micro* de la relació

professional-pacient, sinó des de la pràctica a nivell *meso* i *macro*, que també hi són relacionats. Per aquest motiu, posteriorment podem veure com la perspectiva passa de ser simplement orientada a la persona i el seu procés assistencial, a ser-ho en aspectes relacionats amb la coordinació i l'entorn.

Segons l'Institut de Medicina, *patient-centredness* planteja 6 dimensions incloent aspectes més a nivell *meso* que inclou altres actors en la relació, com la família i els professionals, per tal de garantir la qualitat dels serveis de salut: El respecte als valors, preferències i necessitats expressades pels pacients, la coordinació integrada, l'oferiment d'informació, la comunicació i l'educació, assegurar el confort físic, el suport emocional per a reduir la por i l'ansietat, i la implicació de la família i els amics (Silva, 2014).

La revisió del concepte *person-centredness* realitzada per Wilberforce (2017) incorpora més aspectes ja a un nivell més *macro* com la continuïtat i la importància del suport de l'entorn comunitari. En la seva síntesi es va generar un marc de 12 atributs resumits en tres epígrafs temàtics:

- (1) Entendre la persona com a única per entendre l'experiència personal de la malaltia, les dimensions que n'estan afectades i el que és important per al seu benestar. Entendre la persona com un ser amb una identitat pròpia que està influït per les circumstàncies de la vida i unes xarxes de suport que abasten la personalitat, unes arrels culturals i ètniques, unes creences religioses i espirituals, uns valors i preferències, a més d'una educació i formació professional concreta.
- (2) Participació i compromís en la presa de decisions (*engagement*). La persona participa en els processos de presa de decisions i els plans d'atenció seran adaptats i flexibles a les preferències individuals. Fa referència a la llibertat personal i als drets a la plena ciutadania i a l'autodeterminació.
- (3) La promoció/foment de la relació d'atenció. Una interacció recíproca, amable, respectuosa i afectuosa que ofereix una continuïtat i coordinació en les relacions assistencials des d'una actitud positiva.

Des d'una perspectiva més extensa i vinculada amb la comunitat, Sumsion i Law (2006) aporten evidències dels elements conceptuals que conformen la pràctica centrada en el client, que aprofundeixen i ajuden a entendre els elements clau a l'hora d'aplicar o realitzar una atenció centrada en la pràcti-

ca, que va més enllà dels principis o postulats/atributs essencials:

- Poder: el poder del coneixement i de les polítiques de salut. Comprendre la influència del poder que té el professional és fonamental per implementar una pràctica centrada en la persona autèntica/genuïna. Sosté que els professionals i els sistema sanitari tenen el poder d'influir en l'assoliment dels objectius per part de l'usuari. Pel fet que el mateix sistema de salut sovint desapareix, és per tant rellevant que el professional busqui un equilibri del poder, dotant la persona de la informació i les habilitats necessàries per tal d'elegir i participar en la seva atenció sanitària (Departament de Salut, 2021; Hammell, 2013).
- Escolta i comunicació: la provisió d'informació per part de tot l'equip i l'èmfasi en la comunicació centrada en el client són comunes a tots els models. La relació de poder pot ser totalment reconduïda mitjançant l'escolta efectiva, la provisió d'informació i la comunicació. La informació sobre el seu estat, progrés, diagnòstic i procés d'intervenció, permet als clients prendre les seves pròpies decisions i responsabilitats en relació a la seva salut. Les tecnologies poden ajudar a l'accés d'informació, tant per part dels professionals com dels clients.
- *Partnership* o associació: l'escolta i la comunicació són elements importants en una relació. És important que els sanitaris canviïn la manera com es relacionen amb els clients, ja que el coneixement és assolit quan un rep l'experiència de la resta (Rogers, 1951). En l'atenció centrada en el client, aquest té un paper més actiu en explicar, definir objectius i resultats, mentre que el terapeuta ocupacional és l'expert tècnic que té el coneixement per avaluar la situació i les possibles intervencions en cada situació. El client és qui realitza l'elecció de les ocupacions més importants per a ell i per tant, aquest seria l'enfocament prioritari en la intervenció en teràpia ocupacional. Aprendre sobre els clients, estils de vida i el que és important per a ells és vital abans de configurar els objectius d'intervenció. És cert que una pràctica basada en l'escolta implica temps, i sovint aquest és l'impediment més important per als professionals de la salut, però les evidències indiquen que suposa una millor inversió dels recursos a llarg termini (Wressle, Eeg-Olofsson, et al., 2002).
- L'elecció: l'elecció és un element clau de la pràctica centrada en el client

per aconseguir una efectiva pertinença i implicació (*partnership*). Per aquest motiu cal proveir d'informació a l'usuari per tal que aquest pugui prendre decisions (Hammell, 2013, 2015). L'elecció comença amb el primer contacte amb el/la professional i continua durant tota la valoració o intervenció. Les eleccions poden incloure des del nombre de sessions a què ha d'assistir, el tipus de cadira de rodes a comprar o la quantitat de suport que pot necessitar.

- L'esperança: és important per al client mantenir la seva esperança durant tota la interacció; ja sigui d'acord a les seves creences religioses, ratificant les relacions, donant missatges positius, la previsió de supervivència o simplement vivint el present.

Darrerament, Jesus et al. (2022), a partir d'una revisió exhaustiva i temàtica de la literatura, han desenvolupat un model interprofessional que emmarca el concepte i aporta informació en relació als atributs conceptuals i pràctics a l'hora d'organitzar la pràctica de la rehabilitació centrada en la persona (PCR), en els serveis i en la pràctica de rehabilitació, que es descriuen en base a 3 nivells: persona professional, microsistema i el macrosistema, que té a veure amb l'entorn on es realitza la rehabilitació.

- (1) En l'àmbit persona-professional se'ns mostren 5 atributs: el respecte i l'adaptació a les característiques i situació de cada persona més enllà de les intervencions individualitzades pel client; la reflexió i l'adaptació a la situació actual del client, no basada en un guió preestablert sinó en una relació de confiança i suport, centrar-se en les capacitats més que en els dèficits, i amb una rehabilitació construïda des de la col·laboració; l'apoderament; i l'habilitació.
- (2) A nivell de microsistema hi ha tres aspectes implicats en les interaccions: la inclusió de les persones significatives (cuidadors o famílies); l'articulació dins l'equip de PCR; i la importància que l'entorn sigui acollidor i segur.
- (3) A nivell de macrosistema s'han descrit 3 atributs: la inclusió de les persones i els professionals en el disseny, avaluació i millora del servei; la necessitat d'enfocaments organitzatius que aportin un context adequat per a la realització de la PCR; i l'organització de serveis continuats i coordinats a mida de cada persona per fer-ne un seguiment.

Com es pot deduir del que s'acaba d'exposar, el terme *centredness* es considera multidimensional, sense un únic atribut que pugui descriure el concepte en la seva totalitat. Per aquest motiu, entre altres, resulta complex treballar amb un sol model teòric centrat en la persona, ja que l'atenció centrada en la persona és un constructe que caldria avaluar de forma longitudinal i transversal, amb diferents metodologies, pel fet que consta de molts elements/aspectes dinàmics i canviants que poden impactar al llarg d'un procés d'intervenció (McMurray et al., 2016; Nolte et al., 2020; Wilberforce et al., 2017).

### 1.3.3 Polítiques d'ACP en l'àmbit català

L'ACP es considera un dels factors clau per a l'estratègia de la qualitat assistencial. Com es contempla en el document "Atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya", generat pel Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària de la Generalitat de Catalunya (2016) i el Pla de Salut de Catalunya (2021-25), els canvis socioeconòmics en les característiques de la població relacionats amb l'envelliment, la migració i la diversitat, així com el canvi en el model educatiu, econòmic i laboral obliguen indubtablement a un canvi en el plantejament del model social i sanitari per adaptar-lo a la nova situació social (envelliment poblacional, malalties cròniques, persones amb risc social...). Aquest canvi ha implicat una revisió en el model d'atenció i un canvi de rols i de posicionament en tots els agents implicats, des dels professionals a les polítiques que conformen el nostre sistema de salut.

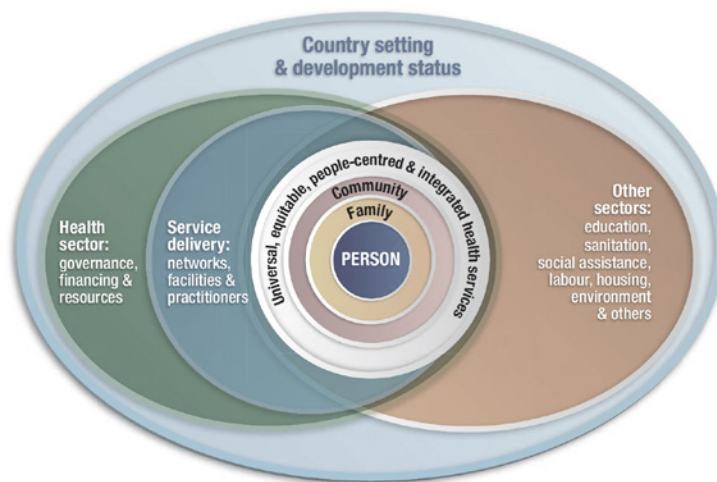
Tres lleis cabdals a Catalunya són les que guien aquest procés, marcant un punt d'inflexió cap a un canvi obligat en tots els estaments que conformen la provisió de salut i de benestar a la població (PIAISS, 2016):

- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
- Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD).
- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, que assegura el dret de la ciutadania a viure dignament en totes les etapes de la vida i que inclou la transformació de serveis socials i l'enfortiment dels 4 pilars bàsics de l'estat de benestar.

Per aquest motiu, les persones que viuen a Catalunya, en especial aquelles en situació de major vulnerabilitat, fragilitat i dependència que presenten problemàtiques relacionades amb l'autonomia personal a causa de problemes crònics de salut, dificultats socioeconòmiques, necessitats complexes d'atenció i/o en situació de final de vida, es planteja que l'atenció s'ha d'oferir des d'una perspectiva autènticament centrada en la persona, en un entorn integrat i enfocat a les seves necessitats. Això obliga els professionals a passar d'un enfocament paternalista a un de centrat en les necessitats, valors i preferències de la persona en què els professionals informen, comuniquen i eduquen per tal que aquesta i la seva família puguin prendre les decisions que desitgin. Això implica fer un canvi i una adaptació del sistema a les necessitats de les persones, tant en la planificació i l'organització, com en la gestió (Departament de Salut, 2021; PIAISS, 2016).

Les directrius que planteja l'OMS a l'hora de configurar un **servei de salut integral** que contempla i té en compte la persona en totes les seves dimensions són molt clares (Figura 3). En primera instància, per tal que els sistemes de salut integrin un enfocament centrat en la persona, cal que es tinguin en compte i s'adoptin conscientment les persones i les seves famílies com a participats i beneficiaris de sistemes de prestació de salut en qui poden confiar, i responguin a les seves necessitats de forma humana i holística. Alhora, cal que les persones tinguin el coneixement i el suport per a poder prendre decisions i participar de la seva salut. O sigui, ha d'estar organitzat entorn a les necessitats i expectatives de salut de les persones, en comptes de centrar-se en l'atenció de la malaltia. Per altra banda, els serveis de salut han d'assegurar que es donin serveis a les persones en relació a la promoció, la prevenció, el diagnòstic, el tractament, la rehabilitació, les cures pal·liatives... d'acord amb les seves necessitats al llarg de la vida (OMS, 2015).

**Figura 3. Marc conceptual per uns serveis de salut integrats i centrats en les persones.**



Font: WHO Global strategy on people-centred and integrated Health services: interim report, OMS, 2015, p.13.

Des del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya (PPAC), conjuntament amb el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS); el Pla estratègic de serveis socials(2021-2015); el Pla socio-sanitari(2006) i el Pla de rehabilitació(2022) en línia amb el Pla de Salut de Catalunya(2021-2025), s'aposta per desenvolupar l'estratègia d'atenció centrada en la persona (ACP), fonamentada en les evidències científiques, el coneixement d'experiències d'altres països i en les directrius internacionals. Tot això hauria de suposar una millora en l'atenció i millors resultats, que suposarien un ús més eficient dels serveis i disminuirien la càrrega assistencial. Cada un dels actors implicats esdevé un element clau en aquest model d'excel·lència i en tot el procés de transformació dels sistemes social i sanitari(Departament de Salut, 2015, 2021, 2022a, 2022b; Departament de Treball, 2023; PIAISS, 2016; WHO, 2013; OMS, 2015).

Resumint, els elements fonamentals que planteja el model d'Atenció Integrada Social i Sanitari de Catalunya (PAISS)(2016) que cal integrar, són:

- Persones informades, compromeses i apoderades per poder decidir. Protagonistes i experts de la seva vida que participen de l'elaboració del seu pla de vida.
- Professionals amb les competències (coneixements, habilitats i actituds) per poder treballar des d'una mentalitat oberta i per a la persona. Amb capacitat per poder aportar coneixements en base a la seva expertesa i poder identificar les necessitats de la persona i de la família, que eduquen i ajuden.
- Organitzacions facilitadores que ofereixen serveis al llarg del procés de la vida de la persona, que garanteixen equitat i amb uns sistemes d'organització i processos que incorporen noves formes de treball en l'atenció habitual, tant en els equips com en l'atenció a la persona.
- Polítiques, serveis i sistemes de finançament que promoguin i incentivin l'atenció integrada, posant la persona al centre de totes les actuacions.

Això ha de suposar una millora en la qualitat de l'atenció, millors resultats o més efectius per assegurar major eficiència dels serveis amb una menor càrrega assistencial.

### 1.3.4 Aportació de l'ACP en un model d'atenció integrada

#### Principals beneficis de l'ACP

Des de la perspectiva de l'evidència en investigació, existeixen nombroses evidències que recolzen l'ús de la pràctica centrada en el client. De fet, les intervencions centrades en la persona, on existeix una col·laboració entre el client i el professional a l'hora d'establir els objectius, dissenyar la planificació i implementar la intervenció, es pot relacionar amb millors resultats en la satisfacció i el tractament (Parker i Sykes, 2006; Rodríguez-Bailón et al., 2020; Thyer et al., 2018; Wressle, Eeg-Olofsson, et al., 2002). Es redueix l'estada hospitalària i es disminueix l'ansietat pel fet que s'ofereix una major sensació de control en tot el procés d'intervenció (Doyle et al., 2013; Hammell, 2006; Maitra i Erway, 2006; Plewnia et al., 2016). Quan es treballa amb un enfocament centrat en la persona i la seva família, no solament milloren els resultats a nivell funcional pel fet que la persona està més adherida al tractament, sinó que també millora la satisfacció i la satisfacció percebuda amb el seu acompliment ocupacional (Rodríguez-Bailón et al., 2020; Sumsion i Law,



2006). Com es comenta en la revisió de Doyle (2013), els resultats mostren que l'experiència del pacient s'associa de manera constant i positiva amb la seguretat del pacient i l'eficàcia clínica en un ampli ventall de malalties, dissenys d'estudis, entorns, grups poblacionals i maneres de mesurar els resultats. També en un assaig controlat aleatoritzat Nielsen et al (2018), obtenien millors resultats en el grup de persones grans amb problemes de salut crònics que realitzaven teràpia intensiva centrada en el client, que el grup que realitzava una pràctica habitual. Les principals diferències eren que, a la pràctica habitual, els clients no podien elegir lliurement el què volien treballar, el servei podia ser donat per diferents professionals de la salut, i que les activitats treballades eren restringides a l'àrea de l'autocura i el maneig de la llar.

Quan la persona participa en la creació dels seus objectius s'esdevenen intervencions més motivadores, rellevants i significatives, proporcionant major adherència i eficàcia en els resultats (Armstrong, 2008; Gustafsson et al., 2012; Jesus et al., 2016; Parker i Sykes, 2006; Švajger i Piškur, 2016; Thyer et al., 2018; Wressle, Marcusson, et al., 2002). Alhora, aquest tipus d'intervencions apoderen les persones a prendre un paper actiu en la seva autocura. Això les capacita i els proporciona habilitats pel maneig en la comunitat (Hammell, 2006; Wressle, Eeg-Olofsson, et al., 2002), revertint en la consciència, compromís, i participació dels recursos socials i sanitaris i aconsegueixen una millora dels resultats en salut comunitària (OMS, 2015).

En relació als **professionals** de la salut, millora la comunicació entre l'equip i els familiars així com la satisfacció en les càrregues de treball, reduint el *burnout*. L'establiment d'objectius centrats en els clients proporciona un enfocament més clar per a tot l'equip interdisciplinari a l'hora de treballar, alhora que permet identificar i discutir aquestes expectatives amb el client i la seva família. Això ajuda a crear un millor clima de treball interdisciplinari més fort en les relacions, millora les habilitats per al treball i ofereix oportunitats d'educació i aprenentatge com ara treballar en un *team-based health care* (Armstrong, 2008; Silva, 2014; OMS, 2015).

En relació al **sistema de salut**, el beneficia potencialment, cosa que es tradueix en un equilibri assistencial, més proper a les necessitats de les persones, proporcionant una millora a la seguretat dels pacients pel fet que mi-

llora la precisió i adequació del diagnòstic. Això proporciona major adhesió a les intervencions i eficàcia en els resultats, reduint les hospitalitzacions i millorant l'eficiència dels serveis (Doyle et al., 2013; Hammell, 2006; Jesus et al., 2016; Nielsen, 2018; OMS, 2015).

Un sistema de salut centrat en la persona, ajuda a les persones a estar informades per a poder prendre decisions en relació a la seva salut i a gestionar amb èxit la seva salut i cura. Això requereix serveis de salut que treballin per donar resposta a les necessitats de salut de les persones, d'acord a les seves habilitats personals, preferències, estil de vida i objectius (Silva, 2014).

Tot i que l'enfocament *person-centredness* sembla ser el més aprovat pels sistemes de salut mundials i per la comunitat, els problemes apareixen quan es defineix i es fa operatiu. La dificultat sorgeix en la implementació pràctica de la *person-centredness* (Jesus et al., 2016) sobretot perquè cal adaptar-la molt bé a la tipologia del servei i al context.

### **Principals obstacles en la integració de l'ACP**

Fins al moment a Catalunya, els principals obstacles per a la implementació del model tenen a veure amb el model cultural organitzatiu i d'atenció (Departament de Salut, 2021, 2022a; Departament de Treball, 2023; PIAISS, 2016):

- Un model cultural paternalista i, alhora intervencionista, que facilita poc les corresponsabilitats de la persona en la seva salut. Amb uns objectius imposats i valorats pels professionals, no compartits amb l'usuari. Els rols professionals tendeixen a ser rígids i amb responsabilitats fragmentades.
- Un model d'atenció mancat de coordinació, de llenguatge comú, d'integració d'estratègies i d'intervencions entre sectors de serveis socials i sanitaris. Sense equitat en el territori i amb diferents nivells de suport i recursos dirigits a l'atenció i la salut de les persones.
- Un model d'organització amb serveis fragmentats, on es prioritza la visió sanitària amb una escassa connexió entre professionals sanitaris i socials, i la comunitat. Un model que mostra una resistència als canvis estructurals i de relació, on el temps és escàs i el dèficit de recursos en molt casos és una realitat.

Per aquest motiu i en base a l'acord de govern (ACORD GOV/91/2019, de 25 de juny, pel qual es crea el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS), 2019), s'ha iniciat recentment el desplegament del model d'Atenció Integral Social i Sanitària que ha d'esdevenir l'instrument polític clau, que marcarà les directrius per a la implementació i l'abordatge d'aquest canvi de paradigma assistencial en la rehabilitació dels serveis sociosanitaris i residencials catalans (ACORD GOV/91/2019, de 25 de juny, pel qual es crea el Pla d'atenció integrada social i sanitària PAISS), 2019; Departament de Salut, 2022a, 2023b; Departament de Salut i Departament de Drets Socials, 2022).

L'objectiu és oferir un model d'atenció integral centrat en la persona que acompanyi i ofereixi una atenció de qualitat i que contribueixi al benestar i a la millora de qualitat de vida, amb una participació proactiva de tots els actors implicats durant el procés d'atenció.

Paral·lelament al nou Pla de Rehabilitació de Catalunya (Departament de Salut, 2022b) caldrà construir els pilars principals del canvi per a la implantació de l'atenció centrada en la persona i en els serveis de rehabilitació, ja sigui en centres residencials, centres sociosanitaris, o qualsevol dels espais d'atenció, habilitació i rehabilitació estipulats en la cartera de serveis.

Aquest canvi de paradigma afectarà el disseny, la planificació i la concepció dels mateixos serveis i també la praxi dels professionals. La pràctica centrada en el client requereix d'una col·laboració multidisciplinària per part de tots els professionals de l'equip. Avançar cap a l'ACP requereix incorporar de manera sistemàtica metodologies d'intervenció, reforçar la comunicació i la participació de la ciutadania i acompanyar el sistema de canvi i adaptació a les necessitats de les persones en els tres nivells, la planificació, l'organització i la gestió (Departament de Salut, 2021, 2022a; Rodríguez-Bailón et al., 2020).

En aquest escenari, la participació activa dels ciutadans en el disseny de polítiques de salut és imprescindible. Involucrar la persona en la seva salut serà essencial per a poder desenvolupar una atenció integral social i sanitària de qualitat (PIAISS, 2016). Les persones grans han de participar i formar part de les decisions pel que fa a la salut com a dret fonamental,

substituint el plantejament que contempla les persones com a subjectes passius (Zunzunegui i Béland, 2010). És cert que els mecanismes de participació encara es troben a un nivell incipient, però les aportacions i la valoració de l'experiència assistencial rebuda per part de la persona, del client o del pacient, serà un aspecte clau per tal de validar la implantació del model en aquest procés de canvi (Departament de Salut, 2021).

Per aquest motiu, i des del plantejament d'aquesta tesi, es considera clau disposar d'instruments validats en el nostre context, que ajudin a la implantació d'un model centrat en la persona i avaluar al mateix temps els resultats de l'experiència dels clients i les seves famílies. Aquests contribuiran en dur a terme una aplicació més rigorosa del model.

### 1.4 Instruments per a la implementació i avaluació de la Pràctica Centrada en la Persona en RHB

El marc per poder avaluar la implantació del model ACP a Catalunya ha d'estar en concordança amb els principis d'aquest model: 1- la persona és qui decideix al llarg del seu procés i 2- els professionals no treballen per tasques sinó per atenció a la persona. Seria doncs una manera de pensar, d'organitzar el servei i de fer **amb i per** a les persones, en comptes de ser un servei que dona o ajuda als pacients. Per tant, implica pensar en dos nivells: en la persona o clients involucrats activament en la seva gestió de la rehabilitació, i el centre o organització que proveeix els serveis (Cott, 2008; Jesus et al., 2016; Mead i Bower, 2000; PIAISS, 2016).

Prenent doncs aquesta referència com a premissa podem introduir dues qüestions que es desenvolupen en el següent apartat: com podem fer que les persones decideixin com ha de ser la seva intervenció i com cal que els professionals treballin per donar resposta al procés?. I és més, com podem saber que això ha estat així?

Per tant, en primer lloc, per **treballar des d'una perspectiva centrada en la persona** és important disposar d'eines que recullin les necessitats i preferències de les persones, que entenguin la seva individualitat i per tant, que tinguin en compte les diferents variables personals, com l'edat, la identitat, la cultura, el gènere,... que respectin la singularitat de cada persona. Al mateix temps han de facilitar l'apoderament en la presa de decisions per elegir i col·laborar al llarg de totes

les fases del procés d'intervenció, des de la identificació de problemes, l'establiment d'objectius i la planificació de la intervenció fins a l'avaluació dels resultats. També han de permetre fer un seguiment i una monitorització de tot el procés. Tot això, dins un tipus de servei en un context institucional emmarcat per les polítiques de salut (Ayres, 2010; Hansen et al., 2018; Joosten, 2015; McMurray et al., 2016; Plewnia et al., 2016; Sumsion i Law, 2006; Wilberforce et al., 2016).

I en segon lloc, cal que posteriorment es **pugui avaluar la qualitat de l'experiència dels clients** i les seves famílies durant la seva estada en els serveis de rehabilitació. A l'hora d'avaluar la qualitat del servei, en la majoria de casos el més habitual és preguntar als professionals, i de fet així ho demostren els estudis publicats; però si realment es vol realitzar una avaluació completa de la pràctica, és necessari integrar informació de tots els actors que participen o estan involucrats en el servei, i de manera més especial, els mateixos usuaris i les seves famílies. Està clar doncs, que un component clau per avaluar la qualitat dels serveis de rehabilitació és la perspectiva i opinió del mateix client (Cott et al., 2006; Doyle et al., 2013; Hansen et al., 2018; Martínez et al., 2021; McMurray et al., 2016, 2019; Zimmermann et al., 2014).

Pel que fa a la metodologia s'aconsella pensar en indicadors per mesurar qualitativament i quantitativament l'ACP, que recullin informació en diferents moments de la intervenció (durant el servei, just després d'utilitzar el servei o després de deixar transcórrer un cert temps perquè les persones puguin reflexionar sobre la seva experiència), que es combinin diferents aproximacions avaluatives (enquestes o entrevistes als clients i a les seves famílies, observacions clíniques o examinar les històries dels pacients) tenint en compte quin és el millor moment que ens permeti recollir el grau d'atenció rebuda per la persona usuària del servei. Donada la multidimensionalitat de cada un dels conceptes, sovint és poc realista basar la totalitat de l'estudi en un sol instrument que reculli tots els aspectes (McMurray et al., 2016; Nolte et al., 2020; Silva, 2014).

Per avaluar la qualitat del servei es necessiten eines confiables i fàcils d'utilitzar que ens permetin avaluar i aportar informació en relació a la qualitat de les experiències en l'atenció als pacients i conèixer quines són les estratègies més efectives a l'hora de proveir una atenció centrada en la persona. Però per altra banda, ens calen enfocaments amb mesures robustes que avaluin i explorin les dimensions més complexes que engloben el mateix concepte (Cott et al., 2006;

Hammell, 2006, 2013; McMurray et al., 2016; Mead i Bower, 2000; Ree et al., 2019; Silva, 2014; Zimmermann et al., 2014).

En l'estudi de McMurray (2016) es va realitzar una interessant revisió de tots els instruments que mesuren l'**experiència** dels pacients durant els serveis de RHB. Dels 25 instruments validats que van revisar, els va permetre agrupar en sis categories l'experiència del pacients. Les dimensions són les següents:

- (1) L'ecosistema de l'entorn del servei de rehabilitació: la interrelació entre l'entorn de la RHB i l'experiència del pacient inclou els recursos, l'entorn físic i les polítiques de funcionament. Per exemple, la confortabilitat de l'àrea d'espera, el temps d'espera, l'atmosfera de treball, l'atenció a les necessitats del personal, entre altres. L'entorn afecta directament el personal (tecnologia, supervisió, model del recurs) i indirectament l'experiència del pacient (tractaments, burocràcia, esperes...).
- (2) El compromís amb el pacient i el cuidador informal (engagement): la participació activa del pacient es correlaciona amb millors resultats i les activitats de participació amb una millor experiència del pacient (Rodríguez-Bailón et al., 2020). Tot i així el grau de participació del pacient pot variar en funció dels recursos del servei o en funció del nivell de capacitat de la persona (dolor, grau de dependència). El paper dels familiars com a cuidadors informals, tant en l'experiència dels pacients com en els resultats, es reconeix cada vegada més. La comunicació és el nucli de compromís en el sector de la RHB. Grosset (2005) suggereix que una millor comunicació correlaciona amb la intenció de complir amb el tractament i per tant podria esdevenir un bon predictor de resultats. La planificació de l'atenció, la identificació o l'establiment dels d'objectius i les necessitats individuals són molt importants, però no sempre són adequades o adaptades a l'edat, l'educació i a l'estat funcional del pacient.
- (3) La relació entre el pacient i el proveïdor d'atenció: la relació entre els clients de rehabilitació i els proveïdors del servei és clau per obtenir una experiència positiva i bons resultats. Aquests aspectes inclourien, la cura, l'empatia, el respecte, un personal compromès i interessat a resoldre els problemes dels clients, la capacitat de maneig de les expectatives i la comprensió de les necessitats, la informació i l'educació dels pacients. La continuïtat de l'atenció, unificada, coherent i connectada al llarg del temps també és un aspecte important.

- (4) El dolor i l'estat funcional: no totes les escales avaluen dolor i estat funcional tot i que la majoria d'estudis són en RHB física. El dolor és un aspecte que pot limitar la participació activa en el tractament i per tant en l'avaluació de l'experiència. Els canvis en la capacitat funcional són una realitat en tots els pacients de rehabilitació. La millora del funcionament té un efecte positiu en l'experiència del pacient.
- (5) Identitat grupal i individual: la identitat dels pacients com a individus o com a grup pot fer canviar la seva experiència de grup. Per exemple, variables com la cultura, la història, la política de salut, la geografia, la identitat sexual o ètnica, així com els serveis assistencials públics o privats poden fer variar la valoració de l'experiència (sexe, edat, educació, ...) Per aquest motiu és important que un proveïdor de salut tingui la capacitat de comprendre primer les persones i que estigui disposat a ajustar la teràpia o l'atenció adequada.
- (6) La pregunta oberta: en relació a la metodologia de mesura de l'experiència del pacient, és important que es puguin incloure les preguntes obertes perquè dona l'oportunitat que els pacients expressin la seva experiència de manera oberta i flexible. Això és important a l'hora de tenir informació general de l'experiència del pacient.

Dit això, són múltiples les dimensions i els aspectes que han d'integrar les avaluacions sobre l'atenció centrada i, tot i que existeixen més de 200 instruments validats que avaluen la pràctica centrada en la persona, resulta difícil trobar un únic instrument que avaluï totes les dimensions i permeti obtenir evidències sobre les quals es pugui fer una comparació (McMurray et al., 2016; Silva, 2014).

A l'estat espanyol, fins al moment s'han validat alguns instruments que avaluen la pràctica centrada en la persona sobretot per ser utilitzats en l'àmbit de la gerontologia com la *Person-centered Care Assessment Tool* (P-CAT) (Martínez et al., 2015a), el *Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire* (PDC) (Martínez et al., 2015b), el *Person-centered Care in Gerontology Services* (PCC-G-Staff) per ser avaluat per professionals de la salut (Martínez et al., 2020), el *Person-Centred Care Gerontology Users Questionnaire* (PCCG-U), i el *Person -Centred Care Gerontology Relatives Questionnaire* (PCCG-R) que són dirigits als usuaris i familiars dels serveis d'atenció en l'àmbit de la gerontologia (Martínez et al., 2021). També s'han validat instruments observacionals dirigits a població amb demència com *The List of Wellbeing Indicators* (LIBE) (Buiza et al., 2020) i el *Dementia Care Mapping*

(DCM)(Villar et al., 2015). La majoria d'aquest instruments, excepte el PCCG-U i els PCCG-R, són avaluacions centrades als professionals i als centres, i tots ells són dirigits específicament a serveis d'atenció a l'adult major.

Per tant, fins al moment no es disposa de cap instrument validat en espanyol que recolzi l'aplicació d'una pràctica centrada en la persona en els serveis de rehabilitació i teràpia ocupacional i que permeti avaluar i conèixer la perspectiva de les persones usuàries dels serveis de rehabilitació. La falta d'instruments que puguin avaluar de forma més directe i global, i que al mateix temps siguin validats i adaptats per ser utilitats en població espanyola, dificulta l'avaluació dels serveis i la seva evolució (Martínez, 2017; Martínez et al., 2016).

Tornant a les preguntes inicials de com podem fer que les persones decideixin com ha de ser la seva intervenció, i com els professionals poden monitoritzar aquest procés, la **Canadian Occupational Performance Measure (COMP)** és un instrument estandarditzat que va ser dissenyat per ajudar a les persones a identificar i prioritzar els problemes d'acompliment ocupacional que són significatius en les seva vida, alhora que s'avalua el grau d'acompliment i satisfacció amb aquest acompliment. La COMP reforça la pràctica centrada en el client, ja que es focalitza a dissenyar uns objectius assistencials i un pla d'intervenció congruents amb els valors, les necessitats i la identitat de cada individu (Law et al., 1990; Parker i Sykes, 2006; Wilberforce et al., 2017).

I per altra banda, com podem avaluar que realment s'ha proporcionat un servei centrat en la persona? Doncs, de tots els instruments que avaluen l'atenció centrada en la persona, el **Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)** és una de les eines que recull l'opinió del mateix usuari en l'àmbit de la rehabilitació i la que contempla més dimensions entorn al concepte. Inclou tant aspectes relacionats amb el confort, com la decisió o la participació del client, com qüestions sobre la provisió de servei o l'entorn (Cott et al., 2006; McMurray et al., 2016).

A continuació es presenten els dos instruments que pretenen contribuir a donar resposta als dos plantejaments formulats inicialment.



### 1.4.1 La COPM

La *Canadian Occupational Performance Measure (COMP)*<sup>1</sup> és un instrument estandaritzat de pràctica centrada en el client, que permet a les persones identificar i prioritzar els problemes quotidians que restringeixen o afecten l'acompliment de les activitats de la vida diària: la cura personal, l'oci i la productivitat. A més, assegura que les necessitats dels clients siguin recollides i focalitzades durant el procés de rehabilitació. Permet avaluar i aportar resultats de la percepció de la persona sobre el seu acompliment i grau de satisfacció (Chenq et al., 2002; Law et al., 2014; Wressle, Marcusson, et al., 2002). Els orígens de la COPM són al 1980 quan el Departament de Salut i Benestar Nacional del Canadà, juntament amb l'Associació Canadenca de Terapeutes Ocupacionals (CAOT), van iniciar el projecte de l'elaboració d'una guia pràctica de directrius per a la qualitat del desenvolupament de la teràpia ocupacional al Canadà. El grup de treball, més enllà del mateix encàrrec, emprèn la tasca d'elaborar una sèrie de documents pràctics, teòrics i conceptuals per al desenvolupament del *Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)* (Law et al., 1990; Pollock et al., 1990). Fruit d'aquest treball, es generen tres documents, relacionats amb les directrius per a la intervenció, la pràctica centrada en el client en teràpia ocupacional i les mesures d'avaluació i de resultats en Teràpia Ocupacional:

- *Guidelines for the Client-centred Practice of Occupational Therapy* (DNHW i COAT, 1983)
- *Intervention Guidelines for the Client-centred Practice of Occupational Therapy* (DNHW i COAT, 1983)
- *Toward Outcome Measures in Occupational Therapy* (DNHW i COAT, 1987)

Posteriorment es publiquen en un sol volum titulat *Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice* amb una recomanació molt determinada: desenvolupar una eina per poder avaluar específicament la contribució de la teràpia ocupacional. És en el 1988 quan el Programa Nacional de Desenvolupament d'Investigació en Salut i la Fundació Canadenca de Teràpia Ocupacional finança el desenvolupament per a la construcció de la

---

<sup>1</sup>A partir d'ara i al llarg del document s'anomenarà COMP, indiferentment de si es fa referència a la *Canadian Occupational Performance Measure (COMP)* versió en anglès com a la *Medida Canadiense de Desempeño de Funciones Ocupacionales (MCDFO)* traducció al castellà, ja que en producció científica es fa referència a COMP per anomenar qualsevol de les edicions/traduccions de la mesura.

mesura d'acompliment ocupacional, donant com a resultat la *Canadian Occupational Performance Measure (COMP)* (Law et al., 1990; Pollock et al., 1990). Des de la primera publicació el 1991, ja s'han publicat cinc edicions en llengua anglesa. La primera edició en llengua castellana és el 1994 i actualment ja es passa per la cinquena edició en castellà. L'edició utilitzada en aquest estudi és la tercera edició de 2014 (COPM, 2023; Law et al., 2014). Totes les edicions són traduïdes per les mateixes autores i publicades per l'Associació de Terapeutes Ocupacionals del Canadà (CAOT). Actualment la mesura s'utilitza en més de 40 països i ha estat traduïda a 36 idiomes. És la mesura d'avaluació més utilitzada per a terapeutes ocupacionals en tot el món (COPM, 2023).

Mundialment, existeixen més de 40 estudis de validació de la COMP i les seves propietats psicomètriques i d'utilitat estan àmpliament estudiades a tot el món per diferents equips d'investigadors. L'ús i la producció científica relacionada amb la mesura va en augment (COPM, 2023; Law et al., 2014; Ohno et al., 2021; Parker i Sykes, 2006; Yang et al., 2017). A l'inici de la investigació no existeix cap validació de la mesura en espanyol o publicada en algun dels països de parla espanyola.

Originalment, la mesura està desenvolupada com a eina per als terapeutes ocupacionals que utilitzen el *Canadian Model of Occupational Performance o Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional* (CMOP) (CAOT, 2002; Simó i Urbanowski, 2006; Towsend i Polatajko, 2007) i, per tant, es focalitza en l'acompliment ocupacional. Com exposa el model, l'acompliment ocupacional<sup>2</sup> és el resultat de la interacció entre la persona, l'entorn i la ocupació. La persona es compon de components físics, afectius i cognitius al centre dels quals hi ha la part essencial representada per l'espiritualitat. L'entorn comprèn els elements físics, socials, culturals i institucionals. Es creu que l'essència de l'acompliment ocupacional resideix en una integració i equilibri en les tres àrees d'acompliment (la productivitat, l'autocura i l'oci). Tot i que es reconeix que els components basats en les habilitats i capacitats, són essencials en l'acompliment, aquests no constitueixen el focus de la COMP.

Les ocupacions són classificades en tres categories: autocura, productivitat i oci, que a la vegada es desglossen en subcategories per a facilitar la clas-

---

<sup>2</sup> Un problema ocupacional és definit com: una ocupació que una persona VOL FER, NECESSITA FER O LI AGRADARIA FER, però NO POT FER, NO FA, O ESTÀ INSATISFET AMB LA FORMA com la realitza.

sificació de cada problema o necessitat prioritzada pel client. En la Taula 1 es pot visualitzar cada una de les àrees ocupacionals i les seves categories.

**Taula 1. Classificació COPM de les àrees ocupacionals i les seves categories<sup>3</sup>**

<b>Áreas ocupacionales</b>	<b>Categorías</b>
<i>Cuidado de si mismo</i>	<i>Cuidado personal</i> (ej., vestirse, bañarse, alimentarse, higiene)
	<i>Mobilidad funcional</i> (ej. traslado, interior, exterior)
	<i>Gestión comunitaria</i> (ej. transporte, compras, finanzas)
<i>Productividad</i>	<i>Trabajo remunerado/voluntario</i> (ej. encontrar/mantener un empleo, voluntariado)
	<i>Manejo del hogar</i> (ej. limpieza, lavado de ropa, cocina)
	<i>Juego/escuela</i> (ej. destreza en el juego, tareas escolares)
<i>Ocio</i>	<i>Recreación tranquila</i> (ej. pasatiempos, manualidades, lectura)
	<i>Recreación activa</i> (ej. deportes, paseos, viajes)
	<i>Socialización</i> (ej. visitas, llamadas telefónicas, fiestas, correspondencia)

La potencialitat de la mesura és que permet obtenir informació sobre l'acompliment ocupacional de totes les activitats de la vida diària, que inclou la cura personal, l'oci i la productivitat, tenint en compte les circumstàncies personals i la història de vida.

La COMP és una entrevista semiestructurada que permet un diàleg obert entre el client i el terapeuta, sobre temes d'importància per al client i permet:

- Identificar les àrees de dificultat en l'acompliment de les funcions ocupacionals.
- Proporcionar una classificació de les prioritats del client i l'acompliment de les funcions ocupacionals.

<sup>3</sup>Es mantindrà la llengua castellana original de la COPM, per anomenar les parts i elements que conformen l'instrument.

- Avaluar l'acompliment i la satisfacció associada a aquestes àrees de dificultat.
- Mesurar els canvis en la percepció de client, en relació al seu acompliment ocupacional al llarg de la intervenció de teràpia ocupacional.

La COMP és un instrument estandarditzat que disposa d'instruccions metodològiques i específiques per a l'administració i la puntuació del test (Law et al., 2014). Com a qualsevol eina de valoració, es recomana que el professional sigui expert i que hagi fet l'entrenament necessari per administrar la mesura de manera fiable i vàlida (Chenq et al., 2002; Enemark i Carlsson, 2012). Per fer l'entrevista és important disposar d'una base teòrica, tenir coneixements sobre l'instrument, a més de competències en establir objectius, raonament clínic i habilitats de comunicació (Gustafsson et al., 2012; Wressle, Marcusson, et al., 2002; Yang et al., 2017).

La COMP recull l'experiència individual subjectiva en relació al concepte d'acompliment ocupacional i és administrada com una entrevista semiestructurada. La duració oscil·la entre els 15-30 minuts si és administrada per un terapeuta ocupacional experimentat. Una mitjana de 30 a 45 minuts, o de 20-40 minuts en funció del tipus de client (Chenq et al., 2002; Law et al., 1994; M. McColl et al., 2000). La mesura l'administra el professional amb el client, identificant les qüestions i els problemes relacionats en el seu acompliment ocupacional (Colquhoun et al., 2010a; Colquhoun et al., 2012; Wressle, Marcusson, et al., 2002). Els problemes inicials identificats en l'administració inicial de la COMP, serveixen per establir els objectius i les prioritats de la intervenció. Durant el seguiment de la intervenció la COMP s'utilitza per valorar els canvis en l'acompliment ocupacional. Un cop assolit el nivell de canvi desitjat en l'acompliment de les activitats, el terapeuta ocupacional i el client decideixen si s'identifiquen nous problemes ocupacionals o es dona per finalitzada la intervenció. Com a mesura individualitzada d'avaluació i de resultat, està dissenyada per detectar els canvis en l'acompliment ocupacional al llarg del temps i per tant s'administra a l'inici i al finalitzar la intervenció (Law et al., 1994; Wressle, Marcusson, et al., 2002)

#### Procés d'administració<sup>4</sup>.

En primer lloc cal completar la primera pàgina amb la identificació de les dades bàsiques del client, el terapeuta i el servei (si el terapeuta ocupacional utilitza el *Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional* (MCDO), tindrà en compte aspectes addicionals que tenen a veure amb el *setting*) (Simó i Urbanowski, 2006; Townsend i Polatajko, 2007).

##### Pas 1: *Definición del problema*

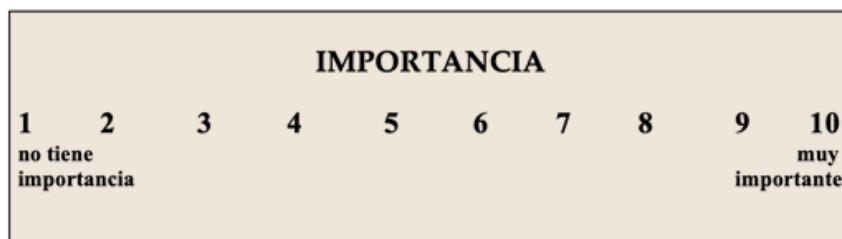
Contempla l'entrevista al client en relació a l'acompliment de les funcions ocupacionals, on és important que el client identifiqui aquelles ocupacions que desitja, necessita i s'espera que realitzi en la vida diària. Per aquest motiu, el terapeuta ocupacional demana que el client pensi sobre les ocupacions que realitza habitualment en un dia típic. Contempla per tant a primera instància, les necessitats percebudes pel client, i posteriorment s'explora l'acompliment (*desempeño*) i la satisfacció.

És important identificar les dificultats que presenta en cada una de les àrees de l'acompliment ocupacional, per aquest motiu el formulari està dividit en tres àrees (*cuidado de si mismo, productividad y ocio*) i a la vegada té subcategories a mode d'exemple.

##### Pas 2: *Ordenando prioridades*

Una vegada identificats els problemes específics, es demana al client que els ordeni en funció de la importància o prioritat en la seva vida. Això es fa utilitzant una escala de deu punts que es mostra físicament a l'usuari (Figura 4) al fer la pregunta: Com d'important és per a tu poder fer aquesta activitat?

**Figura 4. Escala per avaluar el grau d'importància de l'activitat.**



Font: *Medida Canadiense de Desempeño de Funciones Ocupacionales (COPM)*. [Manual de instrucciones] Law et al., 2014, p.25.

<sup>4</sup> S'adjunta el model COPM utilitzat en l'estudi a l'Annex 3, per facilitar l'entesa del procés d'administració (Law et al., 2014).

### Pas 3: Calificación

Utilitzant la informació i qualificació dels problemes ocupacionals registrats anteriorment, es fa una selecció dels 5 problemes més importants per al client.

Per a cada problema, se li demana que complimenti les següents escales de deu punts (Figura 5) on ha de valorar com qualifica la forma en què realitza l'activitat actualment = *desempeño* (acompliment) i quin és el grau de satisfacció amb la manera de realitzar l'activitat en aquest moment = *satisfacción*.

**Figura 5. Escala per avaluar el grau de desempeño i de satisfacción.**

<b>DESEMPEÑO</b>									
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>no puedo hacerlo en absoluto</b>								<b>puedo hacerlo muy bien</b>	

<b>SATISFACCIÓN</b>									
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>no estoy satisfecho/a en absoluto</b>								<b>muy satisfecho/a</b>	

Font: *Medida Canadiense de Desempeño de Funciones Ocupacionales (COPM)*. [Manual de instrucciones] Law et al., 2014, p.26.

### Pas 4: Re-evaluación

Després d'un període i després d'haver realitzat la intervenció terapèutica es realitza la revaluació, en què de nou es revisen les puntuacions en relació al *desempeño* i la *satisfacción*.

Mesures de resultats basades en el client o basades en els objectius com la COPM permeten avaluar aspectes relacionats amb la participació del client, mentre que les escales utilitzades habitualment en rehabilitació com el Índex de Barthel o la Mesura d'Independència Funcional (FIM), sols avaluen discapacitat, a més de ser escales heteroadministrades sobre l'autonomia funcional objectiva (Armstrong, 2008).

Originalment la mesura està desenvolupada com a eina per als terapeutes ocupacionals que utilitzen el *Canadian Model of Occupational Performance* (CAOT, 2002; Townsend i Polatajko, 2007), però pot ser utilitzada juntament amb altres mesures d'avaluació i amb altres models o enfocaments teòrics (Kjeken et al., 2004; Law et al., 2014). En l'actualitat és un instrument d'avaluació àmpliament utilitzat per terapeutes ocupacionals i equips multidisciplinaris de tot el món. Des de la primera publicació el 1991 la validació de la COMP compta amb diversos estudis realitzats per les autores i altres investigadors d'àmbit internacional, per determinar validesa, fiabilitat, sensibilitat i utilitat (Enemark i Carlsson, 2012; Law et al., 1994, 2014; McColl et al., 2005; Parker i Sykes, 2006; Yang et al., 2017).

#### 1.4.2 El CCRQ

El *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire* (CCRQ) és una mesura d'autoavaluació dissenyada per Cott et al. (2006), per avaluar l'experiència centrada en la persona en els serveis de rehabilitació. Inclou tant aspectes relacionats amb el confort, decisió o participació del client, així com aspectes relacionats amb la provisió de servei o l'entorn.

El CCRQ neix per avaluar la qualitat dels serveis de rehabilitació, a partir de les experiències d'atenció dels clients des d'una perspectiva més àmplia que avaluar-ne la satisfacció. Fins aquell moment existien diferents mesures per avaluar l'atenció centrada en el client des del centre o des dels professionals, però molt poques dirigides a recollir informació des de la perspectiva del client. Només existien dos instruments disponibles però no eren de domini públic: uns qüestionaris desenvolupats per l'Institut Picker que mesuraven la satisfacció dels pacients i les experiències en l'atenció, i el *WASCANA Client-Centred Care Questionnaire* (WCCS) que va ser una eina desenvolupada per avaluar el concepte multidimensional de l'atenció centrada en el client (Cott et al., 2006).

A l'hora d'iniciar el treball de construcció del CCRQ, el primer pas va ser definir qualitativament el concepte i els components que formarien part de cada dimensió, per després desenvolupar els ítems que conformarien el qüestionari. Aquest passaria a ser validat en un estudi pilot i posteriorment van ser estudiades les característiques psicomètriques a partir de les dades

recollides en els diferents serveis i programes de rehabilitació en pacients hospitalitzats (Cott et al., 2006).

L'instrument original consta de 33 ítems específicament desenvolupats per representar les característiques de rehabilitació en 7 dimensions: Presa de decisions (*decision-making*), educació (*education*), avaluació de resultats (*outcome evaluation*), implicació de la família (*family involvement*), suport emocional (*emotional support*), confort físic (*physical comfort*) i continuïtat/coordinació (*continuity/co-ordination*). Les 7 dimensions mostren una alta fiabilitat interna (0.72-0.87) i test-retest (0.74 i 0.85). Així mateix, la validesa de constructe de l'instrument va mostrar una bona capacitat per discriminar entre programes i centres, en les diferents subescales o dimensions.

Altres autors han adaptat i examinat les propietats psicomètriques per la validació del CCRQ en altres contextos i poblacions, Körner et al. (2017) en població alemanya, Fisher et al. (2020) en població australiana, i recentment Óladóttir et al. (2022) en població islandesa.

En el cas de la versió alemanya, del *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ-15)*, l'estructura dels 7 factors no es va poder confirmar. L'anàlisi psicomètric del CCRQ a partir d'un anàlisi factorial exploratori i posteriorment confirmatori va aportar tres constructes: "presa de decisions / comunicació", "autogestió / apoderament" i "benestar psicosocial" (60,73% de variància explicada) i va aportar un qüestionari de 15 ítems que avaluen els aspectes clau del l'atenció centrada en el pacient. Les escales tenen una bona fiabilitat ( $\alpha$  de Cronbach = .83 a .87) i validesa de criteri convergent ( $r = 0.48$  a  $0.68$ ) (Körner et al., 2017).

En el cas de la versió australiana, *Australian Modified Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (AM-CCRQ)*, després de l'estudi de validesa de contingut i d'una posterior anàlisi factorial del CCRQ modificat, va presentar 31 ítems agrupats en les 7 dimensions o subescales originals, després d'eliminar els ítems en negatiu. Les subescales presenten una bona fiabilitat interna ( $\alpha$  de Cronbach = .74 a .86) (Fisher et al., 2020).

La versió islandesa del *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire-is (CCRQ-is)*, després d'un anàlisi factorial exploratori i confirmatori, varen conformar un instrument amb 24 ítems, agrupats en 4 components, ja que les subesca-



les originals no es van poder verificar. Els 4 components "respecte i atenció", "sensibilitat a les necessitats i a les preferències", "educació i habilitació" i "interacció amb altres persones significatives", presenten una bona fiabilitat interna ( $\alpha$  de Cronbach = .72 a .91) (Óladóttir et al., 2022).

El *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire* (CCRQ) presenta 33 ítems agrupats en set dimensions<sup>5</sup> (Vegeu escala original a l'Annex 4):

- *Decision-Making* o **Toma de decisiones** (6 ítems: 1, 6, 9, 17, 24, 25) La percepció del client en relació a la participació en la presa de decisions en l'establiment d'objectius compartits amb els professionals. Contempla la provisió d'informació donada per part del professional per tal que la pròpia persona pugui decidir en funció de les seves necessitats, prioritats i objectius.
- *Education* o **Educación** (5 ítems: 2, 10, 25, 30, 33) La percepció del client en relació a la educació rebuda respecte a la seva situació de salut i tractament de rehabilitació. Fa referència tant a la qualitat de la informació i suport, com el fet de que aquesta sigui en el moment adequat i en la quantitat requerida per la pròpia persona.
- *Outcomes evaluation* o **Evaluación de resultados** (4 ítems: 3, 11, 19, 26) L'avaluació de resultats i expectatives assolides durant el procés de rehabilitació des de la perspectiva del client. Inclou, el seguiment informat per part de l'equip interdisciplinari rebut al llarg del procés.
- *Family Involvement* o **Implicación de la familia** (5 ítems: 4, 12, 20, 27, 31) Implicació i participació de la família, amics, o cuidadors durant el procés de rehabilitació. Inclou el suport emocional i professional cap a la família així com la informació donada sobre la intervenció. Té en compte l'autonomia i aspectes ètics en la presa de decisions.
- *Emotional Support* o **Soporte emocional** (4 ítems: 5, 13, 32, 35) El recolzament o suport emocional rebut durant el procés de rehabilitació. Inclou el ser tractat amb respecte i dignitat per part dels professionals, oferint un espai a on poder manifestar i atendre les possibles preocupacions, pors o angoixes dels usuaris i les seves famílies.

---

<sup>5</sup> Per facilitar l'entesa es manté l'idioma original de cada dimensió del CCRQ i posterior CCRQ-e.

- *Physical Comfort* o **Confort físico** (4 ítems: 8, 16, 23, 34) El confort físic implica la comoditat, el descans i el control del dolor en el cas que sigui necessari. També contempla que l'entorn físic sigui confortable.
- *Coordination/Continuity* o **Continuidad/coordinación** (5 ítems: 7, 22, 28, 33, 36) La coordinació amb i entre el personal del programa de rehabilitació, incloent la continuïtat amb els professionals de referència després de l'alta.

El qüestionari és autoadministrat pel mateix client o persona, encara que en els casos que sigui necessari aquest pot ser administrat amb ajuda. Es pot presentar en format paper o en línia sempre que es consideri adequat. En aquest cas, és important conservar el disseny i el format de l'instrument per facilitar-ne la lectura i la resposta.

Està dissenyat per ser administrat al finalitzar la intervenció o el tractament. En casos on el client no és donat d'alta, es pot administrar en el moment que es realitza la revaluació.

Les respostes dels ítems són contestades en una escala Likert de 5 punts (1 = *muy de acuerdo*; 2 = *de acuerdo*; 3 = *ni en acuerdo ni en desacuerdo*; 4 = *en desacuerdo*; 5 = *muy en desacuerdo*). També s'inclou l'opció "no aplicable" (= 0) per a aquells ítems que sigui necessari. Les baixes puntuacions corresponen a una alta percepció de pràctica centrada en el client.

Els posteriors estudis que han avaluat la perspectiva del client en rehabilitació, han aportat evidències quantitatives i qualitatives sobre les experiències de les persones i les seves famílies en els serveis de rehabilitació utilitzant el CCRQ (Hansen et al., 2018; Papadimitriou i Cott, 2015; Plewnia et al., 2016; Zimmermann et al., 2014).

Existeixen diversos instruments que avaluen la *client-centred* o l'atenció centrada en la persona, però pocs recullen informació des de la perspectiva del client. De moment, el *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire* (CCRQ) és el que contempla més dimensions entorn al concepte, de tots els diferents instruments existents (Cott et al., 2006; McMurray et al., 2016; Silva, 2014).



## 2. Objectius de la investigació

Com ja s'ha exposat en la part teòrica anterior, existeix la necessitat de disposar d'instruments amb evidències de qualitat que permetin l'avaluació, dirigeixin la implementació, i facin el seguiment i la mesura de les intervencions centrades en les necessitats de la persona i la seva família en els serveis de teràpia ocupacional i rehabilitació.

L'objectiu principal d'aquesta tesi doctoral és examinar la utilitat i les propietats psicomètriques de la **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**, versió en espanyol, amb els professionals i usuaris de teràpia ocupacional de les unitats de rehabilitació, dels Centres Sociosanitaris (CSS) i Centres Residencials de Catalunya, alhora que es pretén examinar si aquesta mesura és una eina que contribueix a realitzar una **Atenció Centrada en la Persona (ACP)**. Per aquest motiu, prèviament es realitza la traducció, l'adaptació i l'estudi de les propietats psicomètriques de la **Client-Centered Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)** per administrar de forma conjunta als participants.

D'aquest objectiu general es deriven els objectius definits per a cada un dels 3 estudis.

- 1) Analitzar la utilitat clínica de la COPM amb els terapeutes ocupacionals i fisioterapeutes dels serveis de rehabilitació de centres sociosanitaris i residències de Catalunya, mitjançant el model multidimensional d'utilitat clínica de Smart's (2006).
  - a. Examinar el grau d'acceptació i adequació de la COPM per part dels clients i les seves famílies, els mateixos professionals i les institucions.
  - b. Examinar/recollir les experiències referents a la pràctica d'usabilitat i accessibilitat de l'instrument.
- 2) Realitzar l'adaptació cultural i lingüística a l'espanyol del CCRQ i examinar les propietats psicomètriques de l'adaptació en persones adultes usuàries dels serveis de rehabilitació.
  - a. Examinar la validesa en relació a la qualitat de vida relacionada amb la salut, l'edat, el nivell d'estudis i els diagnòstics.
  - b. Aportar evidències de fiabilitat referents a la consistència interna.

- 3) Aportar evidències sobre la validesa, la fiabilitat i la sensibilitat al canvi de la versió espanyola de la COPM, en persones grans tractades en els serveis de rehabilitació dels centres sociosanitaris i residències de Catalunya.
  - a. Examinar la validesa basada en la relació de les puntuacions COPM-P i COPM-S amb altres variables (sociodemogràfiques i clíniques, funcionals, atenció centrada en la persona i qualitat de vida).
  - b. Examinar la fiabilitat en l'estabilitat temporal i la concordança entre els problemes, prioritats i les puntuacions COPM-P i COPM-S.
  - c. Determinar la sensibilitat de la COPM en mesurar el canvi produït per la intervenció en rehabilitació, en funció del tipus de centre.

Un objectiu final complementari serà recollir la contribució i l'aportació dels estudis en relació a **l'Atenció Centrada en la Persona (ACP)** en els serveis de rehabilitació, centres sociosanitaris i residències de Catalunya.

## 3. Estudis

### 3.1 **Estudi 1.** *Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in older adult rehabilitation and nursing homes: Perceptions among occupational therapists and physiotherapists in Spain.*

#### 3.1.1 **Introducció o presentació**

Aquest estudi amb la COPM respon a la necessitat dels terapeutes ocupacionals de disposar d'instruments estandarditzats en els seus serveis que permetin avaluar i mesurar els resultats de les intervencions. En el moment en què es va plantejar no es disposava de cap estudi de validació de la COPM en llengua espanyola, tot i ser un dels instruments més utilitzats a nivell mundial pels terapeutes ocupacionals.

Previ a l'estudi es va realitzar una tasca de coneixement del funcionament i les característiques de cada servei, per tal d'adequar al màxim la investigació a la realitat del context. També es va realitzar una formació dissenyada específicament per a tots els professionals participants en el *Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional* i l'administració de la COPM (Law et al., 2014; Simó i Urbanowski, 2006; Townsend i Polatajko, 2007).

En aquest primer estudi qualitatiu es pretén determinar si la COPM és un instrument adequat, pràctic i accessible per a ser utilitzat i aplicat en els serveis de rehabilitació, a partir d'informació aportada pels professionals que l'apliquen.

#### 3.1.2 **Producció científica: Article publicat**

##### **Referència**

Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Kapanadze, M., i Portell, M. (2020). Clinical Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in Older Adult Rehabilitation and Nursing Homes: Perceptions among Occupational Therapists and Physiotherapists in Spain. *Occupational Therapy International*, 2020, 3071405. <https://doi.org/10.1155/2020/3071405>

### **Informació de la revista**

Revista científica: *Occupational Therapy International*

Revista Open Access- *Peer Reviewed Journal*

Categoria: Rehabilitació SSCI

Factor d'Impacte: *Journal Citation Reports*- JCR: 1.448

### **Accés**

S'hi pot accedir des del següent enllaç: <https://www.hindawi.com/journals/oti/2020/3071405/>

### **3.1.3 Resum**

#### **Introducció:**

S'ha demostrat repetidament que l'evidència científica confirma les propietats psicomètriques de la *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) com una eina que permet proporcionar una atenció personalitzada. Tanmateix, hi ha una manca d'estudis sobre la seva utilitat dins la comunitat investigadora espanyola.

#### **Objectiu:**

Aquest estudi qualitatiu pretén conèixer les percepcions dels professionals dels centres socio-sanitaris, les residències i els serveis de rehabilitació espanyols sobre la utilitat clínica de la COPM com a instrument estandarditzat.

#### **Mètode:**

Trenta terapeutes ocupacionals i fisioterapeutes dividits en quatre grups focals, van discutir sobre l'experiència d'aplicació de la COPM. Posteriorment, una anàlisi fenomenològica interpretativa (IPA) va incorporar un model multidimensional d'utilitat clínica basat en els components: acceptable, adequat, accessible i practicable pels clients, professionals i institucions.

#### **Resultats:**

Els resultats de l'estudi sobre la utilitat van mostrar que la COPM ajudava els professionals i els clients a obtenir una implicació més significativa durant el procés de tractament. La COPM va contribuir en l'establiment d'objectius basats en l'ocupació i centrats en el client, i va aconseguir així una considerable satisfacció dels clients en el seu tractament. La formació dels professionals i l'adaptació a la població geriàtrica van ser fonamentals en aquest procés.

**Conclusió:**

La COPM és una eina útil i viable per a les institucions que donen suport a un enfocament centrat en el client en el context espanyol.

**Paraules clau:**

Qüestionari d'avaluació de la salut, pràctica centrada en el client, pràctica professional, mesura de resultats, psicometria.



### 3.1.4 Article

Hindawi  
Occupational Therapy International  
Volume 2020, Article ID 3071405, 13 pages  
<https://doi.org/10.1155/2020/3071405>



#### Research Article

## Clinical Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in Older Adult Rehabilitation and Nursing Homes: Perceptions among Occupational Therapists and Physiotherapists in Spain

Elisabet Capdevila <sup>1</sup>, María Rodríguez-Bailón,<sup>2</sup> Maria Kapanadze,<sup>1</sup> and Mariona Portell<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), C/de la Riba, 90, 08221 Terrassa, Spain

<sup>2</sup>Department of Physiotherapy (Occupational Therapy), Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga (UMA), C/Arquitecto Francisco Peñalosa, 3, 29017 Málaga, Spain

<sup>3</sup>Department of Psychobiology and Methodology of Health Sciences, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Campus de Bellaterra, Cerdanyola del Vallès, Spain

Correspondence should be addressed to Elisabet Capdevila; [elisabetcapdevila@euit.fdsll.cat](mailto:elisabetcapdevila@euit.fdsll.cat)

Received 4 July 2020; Revised 25 October 2020; Accepted 16 November 2020; Published 10 December 2020

Academic Editor: Andrea G. Ssel

Copyright © 2020 Elisabet Capdevila et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Introduction.** Scientific evidence that supports the psychometric properties of the COPM as a tool to enable personalized care has been repeatedly shown. However, there is a lack of studies about its utility within the Spanish research community. **Aim.** This qualitative study seeks to ascertain the perceptions of professionals from social health centers, nursing homes, and Spanish rehabilitation services about the clinical utility of the COPM as a standardized instrument. **Methods.** Thirty occupational therapists and physiotherapists in four focus groups discussed the experience of applying the COPM. The interpretative phenomenological analysis (IPA) incorporated a multidimensional model of clinical utility based on the components of acceptable, appropriate, accessible, and practicable by the clients, professionals, and institutions. **Results and Discussion.** The results of the utility study showed that the COPM helped professionals and clients to gain significant involvement in the treatment process. The COPM contributed to the process of further goal setting, occupation-based, and client-centered, thus achieving considerable satisfaction from the clients that had treatment. The professional training and adaptation to the geriatric population were vital to this process. **Conclusion.** The COPM is a useful and viable tool for the institutions that are supportive of a client-centered approach in the Spanish context.

### 1. Introduction

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) was designed to provide an occupation-focused outcome measure, and it defends the importance of the client being involved in the intervention process [1, 2]. This client-centered tool is seen as an important resource to cope with the complex problems derived from ageing and dependence situations in most countries [3].

The COPM uses a semistructured interview format directed at identifying the issues and problems of occupational performance, as well as to detect changes in a client's perception of improvement over time [4, 5]. It allows the clients to identify and prioritize issues and problems of personal care, leisure, and productivity. This instrument takes into account the context, personal circumstances, and life history of the client [6]. Besides showing prioritized problems, the initial administration of the COPM serves to guide clinical

reasoning and helps to set the goals of the intervention ensuring that the clients' needs are addressed and that they consider the occupation during the rehabilitation process [4, 5, 7]. In professional practice, this measure facilitates communication between professionals and clients [1, 2].

The COPM has been translated into more than 35 languages. One of the properties that has been studied in different cultural adaptations of the COPM is its utility. We undertook the narrative literature review on this topic that included English and Spanish language studies published between 1994 and 2019. Using the databases CINAHL Complete, PubMed, ERIC, EBSCOhost, Scopus, APA PsycInfo, MEDLINE, ScienceDirect, SciELO, Dialnet, and Redalyc, we employed the following keyword searches: "Canadian Occupational Performance Measure", "clinical utility", "feasibility", "rehabilitation", "nursing homes", and "elderly". We found 52 articles of relevance to our study. By tuning the search strategy, the final articles were reduced to 16.

The initial studies about the clinical utility of the COPM were performed by the authors that designed the instrument [2, 8]. Lately, various researchers published studies and reviews that considered a utility perspective at the benefits for the clients as well as the improvements in professional practices, tied to different contexts and cultures [9–13]. Our review of these studies showed (a) the COPM helps the client to be aware of the existing problems and it helps to identify the goals of the intervention, encouraging the participation and adherence of the client in the rehabilitation process [1, 12, 14]; (b) it helps in developing more individualized programs, as well as helping to improve clinical decision-making and facilitating interdisciplinary work teams [1, 4, 12–17]; (c) it is useful for institutions and as a measure for the outcomes at different levels of care, and at the same time, it empowers the user for better self-management [18]; (d) as far as we know, no studies have been done on the COPM utility within the Spanish research community.

In the Spanish context of elderly care and rehabilitation, the standardized assessment instruments used in the services of occupational therapy and physiotherapy are directed at functional measurement only in terms of activities of daily living (ADL), such as the Barthel Index (BI) or the Functional Independence Measure [19–21]. Moreover, these measures usually are focused on the performance components, and it is not clear that the client needs or wants to evaluate these components [1]. The conventional approach to treatment in Spain is static and protocolized and is not producing satisfactory results, and these increase health and social care costs [22, 23]. As a response to these concerns, Spanish healthcare professionals (HCPs) and researchers propose an alternative conceptual framework that includes the active participation of clients [24, 25]. However, the switch to client-centered practice (CCP) requires an overhaul of the standardized and useful occupational therapy instruments that can be shared with the physiotherapists of the same center. Some studies underline that the shared vision towards the improvement of the functional outcomes and shared use of the COPM significantly support the quality of the interdisciplinary work [16]. The client-centered approach means professional praxis should emerge from the perspectives of

patients and is core to the occupational therapy interventions [26, 27]. Moreover, the need to provide evidence on the utility of a practice centered on the client's needs has been established [5].

Commonly, clinical utility means the usefulness of intervention for, or in, clinical practice shown through clinical efficacy studies or economic evaluations [28]. The judgments over instrument usefulness should involve multiple aspects such as administration facility and time, simplicity of the format, clearness of the questions, and facility of the correction and register. Besides, it should permit an interpretation of the findings and the benefits of the use of the instrument as well as an acceptance degree of the tool by the client or therapist among other aspects [9, 14].

Possibly, Smart's (2006) multidimensional model of clinical utility created a broader vision about the concept. It conceptualizes clinical utility as a multidimensional judgment about the usefulness, benefits, and drawbacks of an intervention, encompassing four components: acceptable, appropriate, practicable, and accessible. We propose to use this model to judge the use of the COPM. The *acceptable* component includes the opinion or degree of acceptance of the assessment or intervention by healthcare professionals (HCPs), clients, and their families in the organizational context or society in general. The opinions and perceptions of all parties are essential information as well as the ethical, moral, or social implications. The *appropriate* component draws on the effectiveness of the measure in terms of relevance and adaptability to the intervention. The *practicable* component has to do with a degree of functionality and suitability of the instrument in the particular practice context. Also, it includes the need for capacity building and skill training of the healthcare personnel. The *accessible* component shows economic considerations (license purchase, training, etc.) [28].

## 2. Purpose of Study

The aim of this study was to analyze the clinical utility of the COPM in interdisciplinary rehabilitation services of Spanish social healthcare centers and nursing homes, using Smart's (2006) multidimensional model of clinical utility, specifically (1) learning about the perceptions of occupational therapists and physiotherapists about the use of the COPM as a client-centered measure, and if it was *acceptable* and *appropriate* for clients, their families, therapists, and institutions, (2) documenting the experiences of the administration and usability of the measure in everyday practice, as well as the training needs, exploring the *practicable* component, and (3) recollecting and analyzing the opinions of the occupational therapists and the physiotherapists about the *accessibility* of the measure. Besides, it was expected that the findings would solve the cost-effectiveness balance as well as the viability of the necessary resources.

## 3. Methods

**3.1. Ethics.** The present research was approved by the CST Clinical Research Ethics Committee (CREC) of the Terrassa

TABLE 1: Participant characteristics (N = 30).

Variable	M (SD) or n	Range
Age in years, M (SD)	35.5 (5.4)	27–44
Gender		
Female	28	
Male	2	
Years working as an occupational therapist/physiotherapist	14 (6.4)	4–25
Work setting		
Older adult rehabilitation	15	
Home care	15	
Type of center		
Private or semiprivate	22	
Public	8	
Professional		
Occupational therapist	22	
Physiotherapist	8	

Health Consortium (Consorci Sanitari de Terrassa) via a resolution dated July 18, 2016. It strictly followed the ethical criteria outlined, including participation consent from each center and participant.

**3.2. Study Design.** The current study follows the qualitative research tradition framed by interpretative phenomenological analysis [29, 30]. The theoretical underpinnings of IPA belong to Husserl's phenomenology and hermeneutics, combined with symbolic interactionism [29]. IPA is especially appropriate for healthcare research as it permits to relate findings to dominating theoretical perspectives and explore how clients, in our case, within focus groups, ascribe meaning to their experiences in their interaction with the practice environment. Besides, this type of analysis acknowledges that the researcher's engagement carries an interpretative element, even more if the principal investigator or research assistants are part of the focus groups [29, 31]. In this study, the phenomenon of utility was investigated in depth, based on emerging themes from data, and later on interpreted by Smart's conceptual framework [28]. The focus group technique was chosen to guide the qualitative data recollection design [31].

**3.3. Study Sample.** The participants were recruited through the professional association of Catalonia by email. The principal investigator requested professionals to express their motivation for training in the use of the COPM and research participation. After, the interested researchers undertook two informative sessions open to occupational therapists and physiotherapists of the area. A total of 30 healthcare professionals (HCPs) participated in the study: 22 occupational therapists and 8 physiotherapists, representing a total of 20 social health centers and nursing homes in Catalonia. All participant physiotherapists were working in an interdisciplinary team with occupational therapists. Table 1 shows

the participants' characteristics. It was the first time that the participants were using the COPM in their services.

**3.4. Procedure.** The procedure was divided into three phases throughout a year. In the first stage, the participants completed the training before the administration of the measure. The 8-hour training included theoretical and fieldwork sessions centered on the use and application of the COPM and the CCP. The process for the administration of this evaluation tool is available in Table 2. The facilitators explained the occupational therapy basic terminology to physiotherapists upon request. Additionally, the researchers enabled the digital platform that included the reference materials, video examples, and interactive group forum to solve the doubts and questions throughout the investigation period. In the second stage, the participants that provided a follow-up of the clients administered the COPM to more than 10 of them within the next eight months. In the third stage, the researchers invited the participants by email for the focus group discussions and grouped them by their availability. This stage included the data collection process.

**3.5. Data Collection.** The research respected the main characteristics of a focus group [31, 32]: (a) a semistructured interview sustained in a group of people about the common theme of interest proposed by the investigator, (b) the homogeneous character of the group to eliminate communication barriers, (c) moderator-expert on the topic, and (d) manageable size of the group (5–10 persons).

Previously to the sessions, the researchers developed the semistructured interview script that included general themes to respect the IPA process when guiding the focus group dynamics. All groups maintained the same structure. Each focus group session started from the presentation of general information, the goals of the sessions, and the dynamic elements (the group norms and confidentiality, the open turns, the importance of the free expression of the opinions to be able to establish the interactive dialogues within the groups, etc.). Subsequently, the facilitators encouraged the participants to reflect on three core aspects around the concept of clinical utility by (1) writing about three themes and visualizing them to facilitate thematic tracking throughout the session and (2) moderating the free opinion discussions and open interactive dialogues, emphasizing the importance of individual opinions. These three core themes or aspects were aimed to fit the specific objectives of the study: (1) the consideration of the pros and cons about the use of the instrument (acceptable and appropriate components), (2) the process of learning during the implementation (practicable component), and (3) future expectations (accessible component). Table 3 shows the related questions that guided the focus groups.

Each session lasted approximately 90 minutes. Video recording and voice recording were done with the consent of the focus group participants. Researcher HCPs codified all materials that included personal information of the clients before the session to ensure confidentiality as well as asking for the written consents of clients. The principal investigator shared the moderation with the physiotherapist and the occupational therapy teacher trained in the COPM. All

TABLE 2: Process for the administration of Canadian Occupational Performance Measure.

Step 1	Problem definition	The initial semistructured interview that addresses daily routines when identifying what the person wants, needs, or has to do in the three areas of occupational performance proposed by the Canadian Model of Occupational Performance <sup>26,27</sup> : self-care, productivity, and leisure.
Step 2	Rating importance	Ask the person to rate on a scale from 0 to 10 how important each of these problems is.
Steps 3 and 4	Scoring	Choose the five most prioritized issues in terms of the importance given by the person. Ask the person to rate on a scale from 0 to 10 their performance of each activity (degree of performance) and their satisfaction with the way they are carried out (degree of satisfaction).
Step 5	Reassessment	After carrying out the intervention/rehabilitation with the client, administer the performance and satisfaction scales again.

TABLE 3: Clinical utility conceptualization, themes, and focus group questions.

Component	Conceptualization proposed by Smart (2006) Aspects	Focus group questions
Acceptable	To professionals	(1) Use of COPM (a) What advantages/positive aspects/benefits have you had as a professional when using the COPM during the intervention? What advantages were associated with the client/family relationship, or with the interdisciplinary team of the center/institution? Does it work as expected? Was there any impact on the intervention?
	To clients (including families and/or caregivers) To society (public or stakeholder groups) Effective	
Appropriate	Relevant	(b) What difficulties/problems did you find (or do you see in the present) as a professional when using the COPM during the intervention? What difficulties were associated with the client/family relationship, or with the interdisciplinary team of the center/institution?
Practicable	Functional Suitable	(2) Learning process (c) How would you describe learning during the process of administration of the COPM? What elements favored or hampered this learning?
	Training or knowledge	
Accessible	Resource implications	(3) Future expectations (d) Could you describe the future use of the COPM? Do you intend to incorporate the measure into your day-to-day practice? Why would you do so? Could you propose the aspects of the improvement?
	Procurement	

sessions were led with the support of two research assistants who observed and took the field notes of the process. The research assistants had exhaustive information about the study and the COPM and were previously trained in the focus group technique. The meeting place for two sessions

was a room at the university. The other two sessions were held at the centers facilitated by the participants to fit best with the timetable and day schedule to achieve the maximum possible assistance from them. The language used was native to all participants: Catalan or Spanish.

TABLE 4: The interpretative phenomenological analysis of the obtained data.

Focus group interview themes	Codes	Subcategories	Categories	Component groups
Use of COPDM	Awareness (benefits) (27)	Benefits or limitations expressed by the client or the family; client characteristics (age; physical, cognitive or emotional states, social and cognitive aspects); comprehension of the role of OT; participation of the client; the difficulty of grading; awareness; need and problem identification, and goal setting; and implication in the treatment process.	Advantages: clients and family	Component groups
	Listening (benefits) (8)			
	The implication/participation in the intervention process (17)			
	Result improvement (10)			
	Characteristics of the client (13)			
	Unawareness of the professional role (3)			
	Emotional state (3)			
	Cognitive deterioration (3)			
	Difficulty in scoring (28)			
	Identification of the problems and goals (15)			
	Institutionalization, conformism (8)			
	Client-centered practice (15)			
	Active listening (6)			
	Major dedication to the case/attention quality improvement (20)			
Professional role and the team (8)				
Knowledge about the client, his/her needs and goals (16)				
Competences related to use of the measure (15)	Advantages: OT, PT, and the interdisciplinary team	Acceptable and appropriate		
Intervention effectiveness/results (6)				
Personal satisfaction (4)				
Limitations CCP (11)				
Environment/institution (6)				
Resources (8)				
Availability of time (11)				
Social health/residencies characteristics (2)				
Grade of implementation of the CCP (18)				
Generation of the change/evidence (3)				
Context (6)				
Resources (14)				
Social/cultural implications (3)				
				Advantages: institution and society
	Benefits or perceived limitations related to their institution; philosophy or culture of the center; the grade of the implementation of the CCP; cultural and social levels; job and work organization; general cultural and social levels; resources; and evidence.			

TABLE 4: Continued.

Focus group interview themes	Codes	Subcategories	Categories	Component groups
	Characteristics (4) Sessions/administration (3) Need in explication/adaptation (7) The time of administration (9) The moment of administration (7)	Characteristics of the process of administration of the measure: How? (during the session, two different sessions, individual patient particularities/reactions, need in adapting the grading process, etc.) Where? (department, room, with or without family, etc.) When? (first time, first week, etc.). How was the learning process perceived? (changes at the initial stage, initial difficulties, etc.) Reliability. The utility of the information, of the support provided, and of the materials and videos.	Administration process	
Learning process	The process of learning (49) Interdisciplinary teamwork (26)	The implication of the use of the measure to the teamwork (changes, level of the interest, participation, and renegotiations of the professional limits). Use of the measure starting from the research closure. Application in the center or departments of OT; interest of the center.	Learning process Training Teamwork process	Practicable
Future expectations	Future (55) The occasionality of incomes (23) Professionals resources (7) Infrastructure (7)	Use of the measure starting from the research closure. Application in the center or departments of OT; interest of the center. Includes resources needed for the measure to be used: economic and infrastructure/time/personal/materials.	Future Resources	Accessible

**3.6. Data Analysis and Quality of Data.** The principal investigator ensured the literal transcription of the focus group data and the field notes using the SoundScriber program. Besides, the data were systematically sorted and uploaded using Atlas.ti 8. The key stages of IPA were respected [30]: (1) reading and rereading of the transcribed text (emerging codes and subcodes), (2) identifying and labeling themes and grouping them together as clusters (categories), and (3) introducing the structure into the analysis using Smart's conceptual framework [28].

The subsequent coding and subcoding were an iterative process guided on the basis of the contributions of authors who have published about the utility of the COPM [4, 5, 9, 14, 16] and the consensus achieved by researchers [33]. Further, these codes, subcodes, and themes were categorized based on the conceptualization proposed by Smart [28] (see Table 4). This allowed to sort the information by participants in each component.

**3.7. Techniques to Enhance Trustworthiness.** The following activities were undertaken to ensure the trustworthiness of the process: the data were verified by giving back the transcriptions to the participants of the focus groups for the revision of the content [31, 33], and the triangulation was carried out separately by a research assistant and occupational therapy researcher familiar with and trained for the use of the instrument, but objectively outside the fieldwork and the sample of the participants to contrast the citations, codes, and categories. Intercooder reliability (Atlas.ti 8) was calculated at 70% concurrence using initial coding of one sample data of the focus group that was selected at random. Using a mutually agreed upon coding scheme, our intercooder reliability was calculated at 92%. A third researcher followed the process by reading transcripts and checking appointments, codes, and categories [33]. A total of four researchers were involved in the analysis process and met regularly.

**3.8. The Use of the COPM: Acceptable and Appropriate Components.** This section addresses the findings related to the perception that the participants had about the use of the COPM as a client-centered measure, and if it was acceptable and appropriate to participants and their families, therapists, and institutions, generally.

#### 4. Findings

The findings were structured following the concepts set by Smart [28]. The report attempted to reflect the authenticity of the information as much as possible, gathering textual words when both using concepts and transmitting the meaning of the message. The idea was to maintain the exact sense expressed by the participants. For each block, the differences between the workforce environments of each of them were highlighted.

**4.1. The Use of the COPM: Acceptable and Appropriate Components.** This section addresses the findings related to the perception that the participants had about the use of the COPM as a client-centered measure, and if it was accept-

able and appropriate to participants and their families, therapists, and institutions, generally.

**4.1.1. The Participants' Opinion about the Client Experiences with the COPM.** The professionals perceived that using COPM made participants feel heard. The clients and their family members expressed the gratitude for the time devoted both for evaluation and intervention:

They liked to talk a lot and be listened to. It was their time. They were grateful for this approach (P13).

Another of the highlights was that this way of assessing increased the awareness of clients about their own needs, according to participants. The way to set the scene for the interview helped to understand the life of the client in greater depth, enhancing the insight of the client about the situation.

The way of interviewing them, above all, makes them aware of the problems at the family level, harsh situations... (P18).

Throughout the intervention, clients progressed in the level of awareness they had about their needs. Mostly, when discharge from rehabilitation was imminent, clients focused their demands on the realities of their home environment.

All participants agreed that the clients reported satisfaction with the process of goal setting which was directly impacting their motivation and making them more involved in the process. This way, the clients felt themselves being active participants in the intervention. They reported that the intervention and the results were efficient and positive. Although there was no performance improvement in many cases, the clients reported significant satisfaction in occupational performance.

The level of involvement of the patient, I think, rises when you have confronted him/her with his/her problems. When a person is prioritizing them and saying, "I want to achieve this!" the level of involvement is higher (P1).

All the participants agreed there were two essential limitations while using the COPM with the clients. The first difficulty was to identify and name the problems, needs, or aspects/goals that they preferred to work with, whether it was due to a complex emotional or cognitive state of the client. The participants attributed this to the life conditions that the person was experiencing at the time of evaluation. However, some focus group members argued that it could be due to the respect and authority granted to healthcare personnel for decision-making, especially among older people, who often accepted the loss of autonomy with resignation.

This is a generation where professionals or their children always make the decisions, and it is precisely like, "Are you asking that of me? No, you are the professional, and I am not. No, you decide" (P10).

The participants reported that the second major limitation was the difficulty in understanding and differentiating the concepts of performance and satisfaction as well as item scoring. Older adults were merely habituated to self-rate numerically and even less when grading using a Likert scale from 1 to 10. Despite facilitating the visual support of the scale, in many cases, it was essential to adapt and give qualitative examples of the meaning of each number. Some participants explained a feeling of discomfort among the clients.

I have had a vast, colossal difficulty (...) Prioritize, they did well; they knew what they wanted more, but... the occupational performance! The satisfaction item! It was difficult to explain the meaning of this item [satisfaction!] (P29).

A senior lady thought she [the therapist] was giving her an exam (...), [so the lady] decided to go out, and she told me: "Look, don't do this to me anymore"! (P23).

*4.1.2. The Participants' Opinion about the Acceptable and Appropriate Components of the Measure for Everyday Practice.* Some of the participants recognized that the client-centered approach forms an intrinsic part of their profession, but their day-to-day practice and working years made them conform to the philosophy set in the center. At a professional level, the use of the COPM instrument supposed a significant change in the perspective and the way of working by respecting personal decisions and what had meaning and sense for a person.

That is a kind of reminder of what your work many times should consist of — at least I see it that way. It is supposed that we, as therapists, already have that internalized, but during the day-to-day practice (...) the philosophy of the institution makes you forget about these things (P23).

Although the majority of interviews required more time to administer the COPM than their previous evaluations, the participants considered that this time was crucial for having better engagement, establishing confidence, and participation of the person.

I, as a therapist, was centred more on listening to the problems and changing the assessment I always give... come on, explain what's on your mind? (P12).

It helps you to go deeper into the person, creating a space for communication necessary for acknowledging the values and beliefs of a person.

There is a change because I sit with the clients in the interviews, which many times is impossible. However, following this process, I sat with the patients, and I established another type of bonding with them. The link they had with me or with the goals was very different. Just administering the COPM was already more person-centred (P13).

The participants reported the use of the COPM helped to visualize or determine goals. It also permitted to justify the application of a particular type of treatment.

Sometimes, when you want to introduce technical aids, they are very reluctant. However, instead, if you say: "Well, since you have told me that you would like to achieve this...there is no other way...let us see if we try it with this product". And, well, I believe there was more acceptance (P1).

Often, the participants that were observed working with the particular goals decided by the clients stimulated improvement in the intervention outcome. They reflected the reason could be that the person does with what he or she wants or desires, not what was imposed by others. Moreover, relying on their self-report, the COPM permitted to visualize the changes, especially related to rehabilitation that allowed obtaining more specific evidence about the therapeutic work.

The other day, I checked the data collection register, and I was happy seeing the results of the intervention. I could observe the Barthel had the threshold effect so high, and the COPM showed specific changes in the occupational performance. I believe that for the research (...) it presents a scope of interest for therapists (P16).

*4.1.3. Acceptable and Appropriate Components of the COPM for the Institutional Context.* The participants reported most centers continued working from a mechanistic paradigm in a hierarchical and authoritarian way, where the institution gave the limits, and the services set the program objectives and goals for the intervention. The participants argued the executive directors of the center should commit themselves to promote the change of paradigm and the structural reforms. In general, they considered that including the COPM as an interdisciplinary evaluation tool would have permitted to recollect the personalized data and raise the realistic goals of the interventions. The participants discussed this would have supported the establishment of the CCP in the center and would have generated evidence and improvements in treatment.

They must be convinced; they must be and there should be a commitment to an idea with the changes that this implies (P5).

It must follow the philosophy of the center (...) and professionals (...) if they do not understand that you are there for the goals of the patient and not for those of the institution ... You are bumping into the wall (P16).

The participants with more years of experience at the same institution had difficulty visualizing how the client-centered approach could be implemented. Notably, it was evident within the rehabilitation services, where the biomedical model was implemented for many years. Furthermore, at a social level, the participants discussed people were already accustomed to the offer of specific services, and they tended to adapt to the possibilities they might have offered.

There must be a change at the social level, at the overall level (...) This treatment that we want to offer at the level of the nursing home, the CCP, I see it as more precise or more applicable, but at the hospital level ... [thinks] ... resources, you have particular hours, you have a specific workload. I do not know (P12).

One of the critical aspects the participants contemplated for being able to use the COPM was the degree of implementation of the CCP in the center. Even though all reported having some training about the client-centered practice encouraged by the institution, only several participants noted the services and centers adopted this approach in reality.

The CCP is a fundamental right... it is supposed (P4) ... the theory, yes, but in practice (P1).

The CCP is widely discussed...but, in reality, it could not be easily incorporated into practice (P1).

Few professionals commented on the contribution of the specific means and actions of support by the institution to implement the CCP. Currently, it is not possible to work out many objectives due to either institutional norms or the lack of resources.



*4.2. The COPM as a New Tool: Practicable Component.* This section addresses the findings related to the opinion of the participants about administration details of the measure, everyday use, and training needs of the occupational therapists and physiotherapists.

In most cases, the COPM was administered in one session. The participants reported the administration of the COPM in two sessions in cases where the client had difficulties, as they were tired physically or emotionally.

Due to the difficulty mentioned earlier in understanding and evaluating the concepts used in the tool, many therapists opted to adapt the COPM to the characteristics of the client, change the concepts to words of daily use, and, in the case of the rating, transform the numeric into qualitative evaluation. In some cases, they used visual icons (faces).

Initially, the professionals reported the time dedicated to passing the COPM was around 1.5 hours. The time oscillated, more or less, depending on the client's particular situation and needs: whether the administration was taking place in a nursing home (30-60 min in cases of elderly with complex needs) or a rehabilitation center (15-20 min). The time decreased when the therapists mastered the practice. The use of the measure implied the process of training and learning. The participants confirmed that they gained the following skills: the ability, confidence, and naturalness along with the regular application of the measure. The main aspects of these skills, besides instructional and methodological parts, were the application of ethics and practice-based evidence. The participants illustrated these observations through various examples of key skills: (1) determining the appropriate time for the administration, (2) knowing with whom it can be applied, (3) guiding the interview when the person is not aware of the problems, (4) confronting the reality of clients without violating them, (5) adapting the measure to the characteristics of each person, (6) splitting out and shaping the goals, explained by the client, and (7) knowing how to graduate the intervention or to regulate the degree of involvement of the family.

The first interview I did was a difficult experience, because there was a lot of effort, a lot of time, and, above all, I wasn't confident with the tool (P13).

All groups commented that it was essential that the client was minimally adapted to the environment of the center at the time of the first assessment. In the case of rehabilitation, the average number of days for the adaptation was two or three, and in the nursing homes, this number was extended to the first weeks. In some social healthcare centers, the therapists proposed using the COPM in the middle of the overall treatment process. The underpinning argumentation of this new vision was the orientation of the goals to the discharge.

We are holding the meeting with the family members in the middle of the intervention, at approximately two months (P16).

The participants underlined that they gained skills through the training offered by the principal investigator and that having available the digital platform with the materials as well as further follow-up of the questions that might have raised in the practice context was helpful. Based on the self-report, the participants improved in the parameters of ability, security, and fluency when administering the COPM.

At the end of the study, the participants expressed many doubts. These questions conveyed a general interest in proper application of the COPM, and some requested more training in certain aspects of the theoretical foundations and practical abilities.

Regarding future use of the COPM, most participants expressed their motivation to use the measure partially or entirely, depending on the specific cases. They believed the attitudinal change in the institutional context and the interdisciplinary team could have promoted the incorporation of the measure into day-to-day practice. Notably, all of them expressed the intention of adopting implicit elements of the COPM, such as listening, asking about the client's desires and priorities of their occupational performance, or clarifying and recalling the therapeutic goals.

It means acting more for what one wants ... let us not impose our goals ... if not, keep in mind, above all, what each person really wants (P15).

*4.3. The Cost-Effectiveness and Viability of the Necessary Resources: Accessibility Component of the COPM.* This section reflected the findings related to the opinion of the participants about the cost-effectiveness and viability of resources that are necessary for the successful application of the COPM in the practice context.

Although the institutions can easily acquire the COPM, most of the participants highlighted key resource constraints for making the use of the measure broadly accessible. These were the low personnel ratio, the short time of admission of the patient in the case of rehabilitation centers, and poor infrastructure of the institution.

Of course, I find that in day-to-day practice, you go in such a hectic manner that during the first evaluation I am already intervening [Everybody: "Yes, yes, yes".] (P3).

Before the time for convalescence was two months, and now they are pushing you to do it in four weeks (P12).

The time is one thing, and the resources are another (...) For example, there is no kitchen. These are things that are very meaningful for them and very basic; it is their day-to-day life that they want to keep going (P25).

Or if you need to provide supervision and there is no staff, and you cannot do it (P24).

Sometimes 10 minutes or a quarter of an hour more here, you will do a lot of work for a while, no? ["Yes, yes, of course" (P14)]. But sometimes you will not (P10).

The participants reported that the acquisition of the COPM and the improvement in terms of necessary resources as infrastructure, available time and human resources, would help the quality and efficiency of the intervention as well as professional satisfaction in the long term.

## 5. Discussion

This study is aimed at exploring the clinical utility of the COPM in interdisciplinary rehabilitation services of Spanish social healthcare centers and nursing homes, mainly focusing on the perceptions of the occupational therapists and physiotherapists. This section discusses the main findings by

grouping them using the multidimensional model of clinical utility of Smart [28].

Explorations about *acceptable and appropriate* components show the major findings indicated that the use of the COPM implied an attitudinal change of the interdisciplinary teams towards a more holistic and client-centered approach. The participants reported these views helped the teams to recover humanistic principles, respect, collaboration, and recognition of self-determination. They recognized the client as an active agent in the process and acknowledged respect for autonomy as a fundamental value [26, 27].

One of the aspects most valued by the clients and their families was the time for listening and the dedication by the healthcare personnel, which is seen as an example of quality healthcare. The semistructured interviews generated a depth that helped the clients to improve their degree of awareness about their situation [16] and thus identify their problems [5, 10, 34]. There were doubts among the participants about the appropriate timing for the interview. The initial study of utility by Toomey indicated the difficulty of gaining insight in some acute situations as well as cognitive or emotional states while using the measure [17]. The same author suggested choosing the best time to administer the tool, always under the criteria of the professional [2]. Therapists should keep in mind that the clients need to have minimal capacity to establish a conversation with the professionals [5].

The difficulties in identifying or naming problems [2] in many cases were the themes linked to the lack of habit. Traditionally, the professional defined the problem and recommended types of interventions. For some clients, a client-centered perspective implied a change that was difficult to assimilate, or they could perceive it as a lack of professional competence. They expected a professional to be an expert [12]. The nondirective approach, especially in older adults, is still perceived as less valuable due to past experiences as passive recipients of services. In addition, some clients felt confused and insecure because of the many questions from the professional [1]. Moreover, the revision of Stevens et al. showed that older adults were reluctant to express their concerns because of their fear that professionals could interpret the low-scored items as a complaint [12].

The participants agreed that giving primacy to the clients and empowering them to create the bonds of mutual trust allowed to obtain the relevant information and demands based on their desires and needs. These were always real and genuine/authentic, as considered by Bodiam [35], and could not be obtained in other types of assessments. The open questions about clients' needs permitted to contemplate new dimensions and a broader spectrum of aspects of the occupational life of people [5]. The in-depth character of the interview helped to discover meaning and sense for the client, and the process itself became meaningful. This fact reflected the idea that the clients had exceptional knowledge of their occupational lives. They know their needs better than anyone [26]. The CCP offered and enhanced the opportunities for them to participate in their occupational lives, opposed to feeling deprived of performing meaningfully, so the goal and the intervention got oriented to the occupation

[4, 5, 15]. The instrument was appropriate for the detection of changes in occupational performance [10].

The participants reported having personal paternalistic views and beliefs that served as a limitation to client-centered practice and when defending the client's personal convictions. Similar to the findings of Colquhoun et al., they assumed they knew what would be the best for the clients or what they would be able to do. Parker and Sykes considered this dynamic [10, 36]. Previous studies showed that it had to do with the adoption of the new paradigm, the difficulty, and the dedication time needed to accept this new perspective, even if the professionals had previous training [1, 2]. This highlighted the importance of obtaining theoretical knowledge of the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) to understand the theoretical foundations of the instrument [26, 27]. From this point of view, we recommend the involvement of professionals in continuous education.

Concerning the *practicable* component, as also observed in the present study, Parker and Sykes indicated that applying the COPM with clients helped to develop competencies (enabling/empowerment) [10]. These skills permitted them to participate actively in the selection of and decision-making about their goals and bring clear motivation and involvement in the treatment process. As highlighted in previous studies, this could have created a unique engagement with active participation in the intervention of more relevant occupational issues [14]. Additionally, it would have allowed more efficient results [34].

The considerations mentioned above emphasize the aspects that go beyond the mere administration of a measure. Knowledge of the interviewing techniques, competencies of communication, and clinical reasoning are needed to reach consensus with the client to generate coherent and realistic therapeutic goals. Only experience, training, and daily praxis can help the professional to acquire these competencies and feel comfortable with the instrument. This shows the necessity for each therapist to find personal strategies when conducting the interview [1, 2, 5, 14]. Moreover, like any evaluation instrument, it requires learning and practice [36].

Regarding the *accessible* component, it was crucial to keep in mind that many participants reported that in specific contexts and with particular cultures, the integration of the CCP happened at different levels [37]. However, the participants confirmed that institutions with hierarchical and protocolized structures offered few opportunities to carry out meaningful activities. This inevitably led to the institutionalization of the clients. The clients got habituated and never demanded or protested. Added to the specific characteristics of older adults, many with complex needs from disabling pathologies or low resources, the accommodation to this situation many times deprived them of meaningful performance and, further on, alienated them from significant life experiences. The findings showed the use of the measure promoted and reinforced the CCP [10, 14]. Besides the clients, their families, and the interdisciplinary teams accepted the measure, its usefulness in everyday practice should imply the process of cultural adaptation at all levels (personal, professional, social, attitudinal, and institutional).

The routine application of the COPM in the future is complex, although all professionals who participated in the study were constant in its use [1, 4]. Some factors that go beyond the decisions and opinions of the therapists condition the future use of the COPM. However, all professionals expressed convictions about its efficacy. According to Toomey, the therapist needs to have the support of the institution/management teams to integrate the CCP and to promote efficient use of the COPM [17]. It is evident that the needs and motivations of the therapists are fundamental factors for bringing changes to their practice. However, researchers agree that these decisions will always be impacted by work contexts [28]. Working on goals prioritized by the clients made the institution acquire more materials and resources, improving spaces to complete different tasks (for example, accommodate the areas to make garden activities). Administration of the COPM required additional time [5, 17]. However, Wressle et al. established that [18] "a focus on problems that are important for patients makes more efficient use of rehabilitation resources".

**5.1. Future Lines of Research.** The current study derived in several future lines of research. Some were formulated by the therapists who participated in the study, such as an adaptation of the COPM to the older adult population with mild cognitive difficulties and/or few personal abilities, which was also underlined in other studies [1, 4, 5, 12, 13, 16, 18]. This kind of adaptation was discussed by other authors, such as Toomey [17], and could be extrapolated to the different fields of pediatric care or mental health, where the characteristics of the clients can present similar difficulties.

In general, all participants expressed satisfaction with their role and being able to work with the goals desired by the client. This underlines a mutual satisfaction with the process. It would be interesting to analyze the relationship between the COPM implementation and the improvement of work engagement, which is one of the main elements in the prevention of burnout.

This study revised the components related to the clinical utility of the COPM. The researchers will examine other psychometric properties of the instrument like validity, reliability, and responsiveness in subsequent studies with Spanish samples.

It will be a challenge to explore the multidimensional clinical utility, integrating the voices of other key actors implied in the change [28, 36]. It would be preferable to contrast and triangulate the opinions of the family members and caregivers or receive a contribution from the institutional perspective. Also, it could be interesting to use a framework of indirect observation with diachronic analysis in order to detect how the interaction of the key actors changes in response to a greater COPM use [38, 39].

The authors propose to continue working on, exploring, and resolving the detected limitations related to the institutional and healthcare policies that are usually alienated from the day-to-day professional reality and praxis.

**5.2. Limitations.** This study focused on the self-report that professionals gave on how the clients have perceived the

COPM. The authors could not get direct self-reporting from the clients but tried to solve this limitation, ensuring that they engaged the clients and encouraged them to share their opinion.

Another limitation of the study was particular to the qualitative tradition: the researchers could avoid posing the direct question about the difficulties or problems related to the use of the measure, focusing only on the generic themes. This decision was made to obtain concrete answers and to respect the time inversion of the clients, but it was clear that each question can condition the response. We tried to ensure the trustworthiness of the study by other mechanisms described in the article.

All the participants were occupational therapists and physiotherapists interested in the COPM; therefore, the study was not pretending to generalize the results to other professionals. It contemplated the diversity of the centers and interdisciplinarity, but the integration of other professional profiles or professionals of the centers who had previous interest would have enriched the research. There was an attempt to compensate for the biases provoked by the pressure of the group dynamics or by the researcher following the principle of reflexivity. Researchers ensured that the IPA was completed correctly. The centers were combined so that the participants did not know each other, and some of them did not know the principal investigator [33].

## 6. Conclusion

This study analyzes the complexity of factors involved when introducing a new measure into Spanish health services. Numerous studies from other countries established that the main limitations in the use of the COPM involved the clients and the experience of the professional [23]. However, the current investigation pointed out that the principal limitation had to do with institutional policies and services. The results showed multiple benefits for everyday practice and the aspects that motivate clients, professionals, and institutions when applying the COPM in the overarching framework of the client-centered practice. One of the significant challenges is to advance and opt for what the professionals and clients believe in, see, and consider as beneficial, thus supporting social progress in general.

## Data Availability

Access to data is restricted. We are according to the Spanish data protection legislation not allowed to submit the data or give access to the data used for the analyses.

## Disclosure

This work was completed in partial fulfillment of the first author's requirements for a doctoral degree.

## Conflicts of Interest

The authors declare that there are no conflicts of interest regarding the publication of this paper.

### Acknowledgments

The authors would like to thank the collaboration of the 22 healthcare centers and residences in Catalonia for their active involvement. Notably, we are grateful to the participants, occupational therapists, and physiotherapists for their critical professional contributions about the use of the COPM, as well as their clients for the willingness to follow the study. Also, the authors gratefully acknowledge the support of a Spanish government subproject *Integration ways between qualitative and quantitative data, multiple case development, and synthesis review as main axis for an innovative future in physical activity and sports research* (PGC2018-098742-B-C31) (2019-2021) (Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades/Agencia Estatal de Investigación/Fondo Europeo de Desarrollo Regional) that is part of the coordinated project *New approach of research in physical activity and sport from mixed methods perspective* (NARPAS\_MM) (SPGC201800×098742CV0). Also, we gratefully acknowledge the support of the Generalitat de Catalunya Research Group (GRUP DE RECERCA E INNOVACIÓ EN DISSENY (GRID)). *Tecnologia i aplicació multimèdia i digital als dissenys observacionals* (Grant 2017 SGR 1405).

### References

- [1] Y.-H. Chen, S. Rodger, and H. Polatajko, "Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan," *Occupational Therapy International*, vol. 9, no. 3, pp. 167–184, 2002.
- [2] M. Law, H. Polatajko, N. Pollock, M. A. Mccoll, A. Carswell, and S. Baptiste, "Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: clinical and measurement issues," *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 61, no. 4, pp. 191–197, 1994.
- [3] World Health Assembly 69, *Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health report by the secretariat*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2016.
- [4] H. Colquhoun, L. Letts, M. Law, J. MacDermid, and M. Edwards, "Feasibility of the Canadian Occupational Performance Measure for routine use," *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 73, no. 2, pp. 48–54, 2010.
- [5] E. Wressle, J. Marcusson, and C. Henriksson, "Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure - Swedish version," *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 69, no. 1, pp. 40–48, 2016.
- [6] M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. C. MA, H. J. Polatajko, and N. Pollock, *Medida Canadiense de Desempeño de Funciones Ocupacionales*, CAOT Publications ACE, Ottawa, ON, 3rd edition, 2014.
- [7] C. Donnelly, C. O'Neill, M. Bauer, and L. Letts, "Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in primary care: a profile of practice," *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 71, no. 6, pp. 7106265010p1–7106265010p8, 2017.
- [8] M. A. McColl, M. Paterson, D. Davies, L. Doubt, and M. Law, "Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure," *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 67, no. 1, pp. 22–30, 2000.
- [9] L. Enemark, C. J. Winge, and J. R. Christensen, "Clinical utility of the Danish version of the Canadian Occupational Performance Measure," *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, pp. 1–12, 2019.
- [10] D. M. Parker and C. H. Sykes, "A systematic review of the Canadian Occupational Performance Measure: a clinical practice perspective," *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 69, no. 4, pp. 150–160, 2016.
- [11] D. Roe, T. Brown, and L. Thyer, "Validity, responsiveness, and perceptions of clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure when used in a sub-acute setting," *Disability and Rehabilitation*, vol. 42, no. 19, pp. 2772–2789, 2020.
- [12] A. Stevens, A. Beurskens, A. Köke, and T. van der Weijden, "The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility," *Clinical Rehabilitation*, vol. 27, no. 11, pp. 1005–1019, 2013.
- [13] S.-Y. Yang, C.-Y. Lin, Y.-C. Lee, and J.-H. Chang, "The Canadian Occupational Performance Measure for patients with stroke: a systematic review," *Journal of Physical Therapy Science*, vol. 29, no. 3, pp. 548–555, 2017.
- [14] L. Gustafsson, G. Mitchell, J. Fleming, and G. Price, "Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in spinal cord injury rehabilitation," *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 75, no. 7, pp. 337–342, 2012.
- [15] H. L. Colquhoun, L. J. Letts, M. C. Law, J. C. MacDermid, and C. A. Missiuna, "Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: effect on practice," *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 79, no. 2, pp. 120–128, 2012.
- [16] L. Enemark and G. Carlsson, "Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation," *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 19, no. 2, pp. 204–213, 2010.
- [17] M. Toomey, D. Nicholson, and A. Carswell, "The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure," *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 62, no. 5, pp. 242–249, 1995.
- [18] E. Wressle, A.-M. Eeg-Olofsson, J. Marcusson, and C. Henriksson, "Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure," *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 34, no. 1, pp. 5–11, 2002.
- [19] J. J. Baztán, J. Pérez del Molino, T. Alarcón, E. San Cristóbal, G. Izquierdo, and J. Manzarbeitia, "Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular," *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 28, no. 1, pp. 32–40, 1993.
- [20] F. I. Mahoney and D. W. Barthel, "Functional evaluation: the Barthel Index," *Maryland State Medical Journal*, vol. 14, pp. 61–65, 1965.
- [21] G. Grimby and G. Thylander, *Guide for Use of the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation*, State University of New York at Buffalo, Buffalo, 1991.
- [22] P. Sanchez, I. Bullich, C. Cabanes, and C. Ferrando, *Pla director sociosanitari*, Direcció General de Planificació en Salut, Barcelona, Catalonia, 2017.
- [23] M. V. Zunzunegui and F. Béland, "Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010," *Gaceta Sanitaria*, vol. 24, Supplement 1, pp. 68–73, 2010.

- [24] WHO, "Envejecimiento activo: un marco político," *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, vol. 37, Supplement 2, pp. 74–105, 2002.
- [25] B. Méndez and E. Capdevila, "Historia de la terapia ocupacional: su desarrollo en geriatría," in *Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y práctica*, pp. 3–10, Editorial Masson, Madrid, 3th edition, 2010.
- [26] Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT), *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*, CAOT Publications ACE, Ottawa, ON, 2002.
- [27] E. A. Townsend and H. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being and Justice through Occupation*, CAOT Publications ACE, Ottawa, ON, 2007.
- [28] A. Smart, "A multi-dimensional model of clinical utility," *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 18, no. 5, pp. 377–382, 2006.
- [29] D. Biggerstaff and A. R. Thompson, "Interpretative phenomenological analysis (IPA): a qualitative methodology of choice in healthcare research," *Qualitative Research in Psychology*, vol. 5, no. 3, pp. 214–224, 2008.
- [30] C. Willig, *Introducing Qualitative Research in Psychology*, M. Keynes, Ed., Press OU, UK, 3rd edition, 2013.
- [31] R. A. Krueger and M. A. Casey, *Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research*, Sage Publications, Thousand Oaks, Calif, 3rd edition, 2000.
- [32] L. Letts, S. Wilkins, M. Law, D. Stewart, J. Bosch, and M. Westmorland, *Guidelines for critical review form: qualitative studies (version 2.0)*, McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group, 2007.
- [33] M. Curtin and E. Fossey, "Appraising the trustworthiness of qualitative studies: guidelines for occupational therapists," *Australian Occupational Therapy Journal*, vol. 54, no. 2, pp. 88–94, 2007.
- [34] A. Švajger and B. Piškur, "The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in vocational rehabilitation: a qualitative study among occupational therapists in Slovenia," *Work*, vol. 54, no. 1, pp. 223–233, 2016.
- [35] C. Bodiam, "The use of the Canadian Occupational Performance Measure for the assessment of outcome on a neurorehabilitation unit," *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 62, no. 3, pp. 123–126, 2016.
- [36] H. L. Colquhoun, R. Islam, K. J. Sullivan, J. Sandercock, S. Steinwender, and J. M. Grimshaw, "Behaviour change domains likely to influence occupational therapist use of the Canadian Occupational Performance Measure," *Occupational Therapy International*, vol. 2020, Article ID 3549835, 12 pages, 2020.
- [37] T. Martínez Rodríguez, *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación*, Universidad de Oviedo, 2015.
- [38] M. T. Anguera, "Is it possible to perform "liquefying" actions in conversational analysis? The detection of structures in indirect observations," in *The Temporal Structure of Multimodal Communication*, L. Hunyadi and I. Szekrényes, Eds., vol. 164, pp. 45–67, Springer Cham, 2020.
- [39] M. T. Anguera, M. Portell, S. Chacón-Moscoso, and S. Sanduvete-Chaves, "Indirect observation in everyday contexts: concepts and methodological guidelines within a mixed methods framework," *Frontiers in Psychology*, vol. 9, 2018.

### 3.2 Estudi 2. *Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)*

#### 3.2.1 Introducció o presentació

Aquest segon estudi sorgeix de la necessitat d'avaluar si realment la COPM és un instrument que contribueix a realitzar una atenció centrada en la persona en els serveis de rehabilitació. Es necessitava disposar d'un instrument validat a l'espanyol que aportés suficient informació per determinar si la intervenció amb la COPM en rehabilitació estava organitzada en base a les necessitats, els valors o les preferències de l'usuari.

Després d'una exhaustiva revisió per determinar que no existia cap instrument en espanyol, es planteja la traducció, l'adaptació i la validació psicomètrica de la *Client-Centered Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)* per administrar de forma conjunta amb la COPM als participants. S'elegeix el CCRQ perquè és un dels instruments que avalua més dimensions sobre l'experiència centrada en la persona, des de la perspectiva del mateix client (Cott et al., 2006; McMurray et al., 2016).

#### 3.2.2 Producció científica: Article publicat

##### Referència i informació de la revista

Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Szot, A. C., Gálvez-Ruiz, P., i Portell, M. (2022a). Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ). *Disability and Rehabilitation*, 45(2), 310-321.

##### Informació de la revista:

Revista - *International multidisciplinary journal*.

Categoria: Rehabilitació SSCI

Factor d'Impacte: *Journal Citation Reports*- JCR: 2.2

##### Accés

S'hi pot accedir des del següent enllaç: <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2028021>

### 3.2.3 Resum

#### **Propòsit:**

L'objectiu principal de l'estudi és presentar el procés de traducció, adaptació i validació del *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire* (CCRQ) en el context espanyol.

#### **Mètode:**

El procés integra dues fases seqüencials. La fase 1 consisteix en el procés de traducció i retrotraducció del qüestionari conduït per un panel d'experts i un estudi pilot. En la fase 2, el CCRQ-e (versió espanyola) va ser administrada a 305 usuaris ingressats a rehabilitació per a recollir evidències de fiabilitat i validesa de l'instrument.

#### **Resultats:**

Una anàlisi exploratòria i confirmatòria va confirmar les set dimensions originals, eliminant quatre ítems de l'escala original. El CCRQ-e té una bona consistència interna. La validesa de constructe discriminant va aportar diferències significatives d'acord amb l'edat, el nivell educatiu i la severitat del diagnòstic. La validació de criteri del CCRQ i la EQ-5D va aportar correlacions negatives significatives entre el CCRQ-e i la percepció de salut EQ-VAS, i una correlació positiva entre el CCRQ i EQ dolor i EQ ansietat (elevades puntuacions en CCRQ-e signifiquen menor percepció d'haver rebut una pràctica centrada en el client).

#### **Conclusió:**

La versió espanyola del CCRQ és adequada per avaluar la rehabilitació centrada en la persona des de la perspectiva de l'usuari. Inclou aspectes relacionats amb el confort, la presa de decisions i la participació del client, així com qüestions sobre la provisió de serveis i l'entorn.

Paraules clau: adaptació intercultural, avaluació de salut, validació, fiabilitat, avaluació psicomètrica, rehabilitació centrada en la persona.

### 3.2.4 Article



Disability and Rehabilitation



ISSN (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/tkre20>

## Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)

Elisabet Capdevila, María Rodríguez-Baílón, Ana Clara Szot, Pabla Gálvez-Ruiz & Mariana Portell

To cite this article: Elisabet Capdevila, María Rodríguez-Baílón, Ana Clara Szot, Pabla Gálvez-Ruiz & Mariana Portell (2022): Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ), *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2022.2028021

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2028021>



Published online: 25 Jan 2022.



Submit your article to this journal [↗](#)



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at  
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=tdre20>



## Introduction

Client-centred practice is a concept with a humanistic approach proposed by Carl Rogers (1) that has been incorporated into global health policies and regulations in different fields and professions (2,3). The concepts of client-centred rehabilitation and client-centred practices are recognized by the Rehabilitation Competency Framework (2), and are used with different nuances by the professions that make up the rehabilitation teams (4–8). In any case, person-centredness is a philosophy that involves organizing and providing social healthcare based on the needs, values and preferences of the individual, while optimizing the intervention. Being more relevant and meaningful interventions for the individual, they provide greater adherence to treatment and effectiveness of the outcomes (4). This implies understanding the person in terms of his/her individuality, facilitating engagement in decision-making and promoting a quality care relationship at all times (9,10), bearing in mind that variables such as age, identity, culture, health policies and type of service can directly influence the subjective appraisal of the experience (7,8,11).

Person-centred interventions, where there is a client-professional collaboration to establish goals, design the planning and implement the intervention, have been related to better results in regard to satisfaction and treatment, reducing the periods of hospitalization, decreasing anxiety and offering a greater sense of control (7,12–14). These client- and family-centred approaches not only improve satisfaction but, by increasing adherence to treatment, functional outcomes are also improved (5). Similarly, it has been proved that client-centred occupational therapy enhances the satisfaction perceived by the individual in terms of their occupational performance (15). Moreover, pain control, together with improved functionality, offers a greater opportunity to actively participate in treatment, providing the patient with more positive experiences (8), since, in diagnoses of greater severity, it is associated with poorer results and lower satisfaction in the rehabilitation experience (7). In Doyle's review (14),

---

results show that patient experience is consistently and positively associated with patient safety and clinical efficacy in a wide range of diseases, study designs, settings, population groups and outcome measures. It seems that this type of intervention empowers people by helping them to take an active role in self-care, which provides them with the skills required for future management in the community (13).

For these reasons, to consolidate a client-centred practice, it is essential to have tools that allow monitoring the process or evaluating/tracking the quality of the client-centred practice. There are more than 200 validated instruments that assess client-centred practice (8,16). However, there is no single tool that evaluates all the dimensions that involve a person-centred practice and that allows obtaining evidence to make comparisons (16). Likewise, the published studies focus mainly on the opinion of professionals; however, in order to carry out a complete evaluation of practice, it is necessary to integrate the voices of all stakeholders, and especially those of the users or patients themselves, including measures that explore more complex dimensions that the concept itself encompasses (8,9,13,17,18). These dimensions include respect for the values, preferences and needs expressed by patients, as well as an integrated coordination that allows offering information, communication and education, ensuring physical comfort, emotional support, continuity and accessibility, involving the family and friends throughout the process (16). Although there are several instruments, the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ) is one of the tools that collect users' own opinion in the field of rehabilitation and contemplates the largest number of dimensions about the concept (8,19,20). It encompasses aspects related to comfort and clients' decision-making or participation, as well as questions about the provision of service and the environment. In the study of Cott et al. (19), the instrument shows strong internal consistency in the subscales ( $\alpha = 0.72-0.87$ ) and test-retest reliability ( $\alpha = 0.74-0.75$ ). The CCRQ has been adapted to and

validated in different languages and contexts (11,21,22), but there is no adaptation to the Spanish context.

In the Spanish context, according to health and rehabilitation policies, the term “person-centred” is the most commonly used (over “client-centred” or “patient-centred”) (2,23,24). Currently, integrating and evaluating a person-centred approach in rehabilitation services is a priority. To date, some assessment tools have been validated to ensure the implementation of person-centred practices, such as the Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT) (25), the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire (PDC) (26) and the Person-centred Care in Gerontology Services for healthcare professionals (PCC-G-Staff) (27), and observational instruments aimed at the population with dementia, such as the List of Well-being Indicators (LIBE) (28) and Dementia Care Mapping (DCM) (29). However, there is currently no tool in Spanish aimed at knowing the perspective of the main agents involved: the users of the service. This lack of instruments that can be evaluated in a more direct and global way, and that are adapted and validated for use in the Spanish population, makes it difficult to evaluate the services and their evolution (23,30).

The aim of this work was to carry out the cultural and linguistic adaptation of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ) (19) to Spanish, in accordance with the standards proposed by the International Test Commission (31). The first goal was to provide qualitative evidence regarding conceptual and linguistic equivalence. The second goal was to examine the psychometric properties of adaptation in a Spanish population of patients admitted to rehabilitation centers. It is intended to provide evidence of reliability regarding internal consistency, evidence of criterion validity in relation to health-related quality of life, and evidence of discriminant validity regarding age, educational level and people's pathologies.

## **Method**

A process divided into two sequential phases was carried out (Figure 1). The first phase involved the process of translation and adaptation of the questionnaire and the qualitative study of conceptual and linguistic equivalence (31). In the second phase, the empirical application of the instrument was carried out to obtain quantitative evidence on the dimensionality of the instrument, its internal consistency, the discriminant construct validity and the criterion validity.

### *Participants*

An expert committee participated in the qualitative phase of the study, which consisted of four expert researchers in person-centredness (3 occupational therapists and 1 psychologist), three professional bilingual translators and a pilot group. This pilot group was mixed and consisted of eight people aged between 20 and 78 years, specifically people who used rehabilitation services, two rehabilitation professionals and one expert in linguistics.

Users over 18 years of age were recruited from rehabilitation services in the region of Catalonia for the quantitative study to validate the questionnaire in the Spanish population. In order to obtain a representative sample, participants of different ages, and with different diagnoses and characteristics, belonging to different institutions and rehabilitation services, both public and private, were included. All participants had the ability to understand and answer the questions in the questionnaire. Table 1 summarizes the sample characteristics. All participants were informed about the study and gave their written consent to participate in it.

Table 1. Sample characteristics (n = 305)

	Frequencies (n)	%
<b>Gender</b>		
Female	189	62.8
Male	116	38.0
<b>Age</b>		
16–39	46	15.1
40–59	48	15.7
60–79	110	36.1
80+	101	33.1
<b>Education</b>		
Reading and writing	78	25.6
Primary	93	30.5
Secondary	72	23.6
Higher education	62	20.3
<b>Diagnostics</b>		
Trauma	47	15.4
MSK	96	31.6
Stroke	75	24.6
Neurology	12	4.0
Cardiovascular	16	5.3
Complex	18	6.0
Geriatric RHB	21	6.9
Others	19	6.3
<b>Environment characteristics</b>		
Lives in his/her home	254	83.2
Lives in a home care	51	16.8
Accessible housing	211	69.2
<b>Social characteristics</b>		
Lives alone	80	26.2
Lives with family/carer	166	73.7
Lives in a residence	51	16.1
Needs help	214	70.2
<b>Questionnaire format</b>		
Paper	189	62.0
Online	116	38.0
<b>Type of completion</b>		
Self-administered	147	48.2
With help	158	51.8
<b>Institution type</b>		
Public	125	41.0
Private	180	59.0
<b>Centre type</b>		
Hospital/rehabilitation	246	80.7
Home care	59	19.3

---

The present research was approved by the CST Clinical Research Ethics Committee (CREC) of the Terrassa Health Consortium (Consortori Sanitari de Terrassa) via a resolution of 18 July 2016.

### *Instruments*

The original CCRQ is a tool created and validated by Cott et al. (19) to assess the client-centred practice of rehabilitation services. It is a questionnaire that is self-administered by the user. The scale comprises 33 items that measure the degree to which the person perceives whether they have received a client-centred practice during the rehabilitation service. The CCRQ has seven domains: Client Participation in Decision-Making and Goal-Setting (6 items); Client-Centred Education (5 items); Evaluation and Outcomes from Client's Perspectives (4 items); Family Involvement (5 items); Emotional Support (4 items); Coordination/Continuity (5 items); and Physical Comfort (4 items). The items are answered on a five-point Likert scale (1 = strongly agree; 2 = agree; 3 = neither agree nor disagree; 4 = disagree; 5 = strongly disagree). The response option "Does not apply" (= 0) is also available. Low scores correspond to a higher perception of client-centredness, except for items 2, 7 and 33, which are negatively formulated.

The EuroQol-D5 Questionnaire (EQ-5D-3L) in its Spanish version (32) was used to measure criterion validity. It is a generic and standardized instrument that consists of two parts and describes and assesses the quality of life related to health. The descriptive system comprises five dimensions: Mobility; Personal Care; Daily Activities; Pain/Discomfort; and Anxiety/Depression. Three levels of severity are assessed for each dimension (1 = no problems; 2 = some problems; 3 = extreme problems). The participants used the EQ visual analogue scale method and had to self-rate their health within a scale ranging from "Best imaginable health state" to "Worst imaginable health state" (32–34).

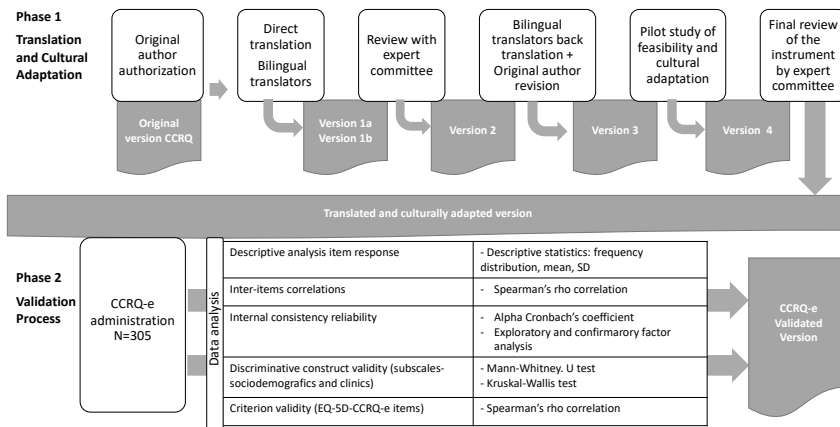
### ***Procedure***

The procedure, based on the Guidelines of the International Testing Commission (ITC) for the translation and adaptation of tests (31,35), followed two major phases that are synthesized in Figure 1.

#### *Phase 1: Translation, Cultural Adaptation and Pilot Study*

After obtaining permission from the original CCRQ author (19): (a) two bilingual translators performed the translation of the original scale (version 1a and 1b); (b) this was reviewed and corrected by a committee of experts, generating the first Spanish version of the questionnaire by consensus (version 2); (c) the back translation of version 2 was carried out by two other bilingual translators different from those who participated in version 1, without knowledge of the original scale; (d) it was subsequently reviewed by three experts with experience in occupational therapy and psychometrics, who evaluated the level of semantic correspondence between the original version of the test and the two back translations on a scale from 0 to 10. The average was calculated for each item and those that obtained less than seven points were reviewed. This was also reviewed by the authors of the original instrument to ensure the linguistic, semantic and, in particular, the conceptual equivalence of the items; (e) version 3 was created as a result of a meeting between the team members and the translators, to incorporate the ideas extracted from the authors' comments; (f) a pilot study was carried out with eight participants to evaluate the quality of the translation and analyse both the suitability of items and the cultural acceptability, assessing, on the one hand, the level of understanding of each item using a five-point Likert scale, and on the other hand, the understanding in relation to the administration procedure of version 3; (g) finally, the last

Figure 1. Translation, cultural adaptation and validation process. Adapted from Ramada-Rodilla, 2013



review was carried out by the expert committee, evaluating items that caused discrepancies and incorporating any changes, obtaining as a result the final version (version 4) of the CCRQ-Spanish version (hereinafter CCRQ-e).

*Phase 2: Psychometric Testing: Reliability, Discriminant Construct Validity and Convergent Construct Validity*

The rehabilitation inpatients were provided with a paper format or online questionnaire to answer voluntarily once the rehabilitation sessions had finished. The questionnaire was provided by the rehabilitation service professionals in the different centres to all people who had sufficient knowledge of Spanish and the ability to understand and answer the questionnaire. This could be completed voluntarily independently or with the help of a family member or professional. In addition to the CCRQ-e questionnaire, basic socio-demographic variables were collected (age, gender, educational level, diagnosis, housing and family situation) and the EuroQol-D5 (EQ-5D-3L) questionnaire on health-related quality of life was included, in order to obtain more explanatory information in relation to the instrument's behaviour. All questions were integrated into the same document. The data collection period was six months, as



determined by the approved study period and the commitment agreed with the centres.

### ***Data analysis***

The qualitative data corresponding to the translation and adaptation process were analysed through a content analysis (31).

For quantitative data, descriptive statistics (means and standard deviation and frequencies) and normality of the data (univariate skewness and kurtosis values) were calculated.

Spearman's correlation was used to establish the relationship between items (36). The response for the three negatively worded items from the modified CCRQ-e (2, 7 and 33) was reversed to ensure the correct interpretation of coefficients. For the correlation calculations, "not applicable" answers were eliminated. To estimate the reliability, internal consistency was assessed using Cronbach's  $\alpha$  coefficient ( $\alpha > 0.70$ ; (37), the corrected total-item correlations between individual items ( $C_{cit} > 0.30$ ) (38) and composite reliability ( $CR > 0.70$ ) (39), (40). An exploratory factor analysis (EFA), using principal components analysis and oblimin oblique rotation, was conducted to assess the dimensionality and construct validity of the questionnaire, using the following criteria to obtain the structure and the correct number of factors: communalities higher than 0.50 (40); eigenvalues greater than 1.0; and factor loadings higher than 0.50 (41). We had previously tested the factorization conditions by calculating the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) index and Bartlett's sphericity test. A confirmatory factor analysis (CFA) was carried out to test the adjustment of the structure obtained in the EFA, using a maximum likelihood estimation and the following fit indices:  $\chi^2$  and its differences of degrees of freedom ( $\chi^2/df \leq 3$ ) (42); the comparative fit index ( $CFI \geq 0.90$ ); the Tucker-Lewis index ( $TLI \geq 0.90$ ); the incremental fit index ( $IFI \geq 0.90$ ) (43); the parsimony comparative of fit index ( $PCFI \geq 0.60$ ; Hair et al., 2014); and the root mean square of approximation ( $RMSEA < 0.08$ ) (44).

The calculation of the rest of the statistical tests was carried out based on results and dimensions obtained in the confirmatory factor analysis. For this reason, the three negatively worded items (2, 7 and 33) and CCRQ-e 29 were removed to ensure a consistent interpretation of the items coefficient. For all correlation calculations, “not applicable” responses were removed.

The discriminative construct validity was analysed by comparing the seven subscale scores of the CCRQ-e among different groups, taking into account age (< 65 years and > 65 years), diagnosis (complex, geriatric, neurorehabilitation and trauma) and education level (reading and writing, primary, secondary and higher education). Since the data were not normally distributed, the non-parametric Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests were used. Bonferroni correction was utilized in planned comparisons. Spearman’s rho correlation was used to examine criterion validity, correlating dimensions of the CCRQ-e with dimensions and health perception value of the EQ-E5. In accordance with Cohen (45) a correlation coefficient <0.3 was a weak correlation, 0.3-0.5 was a moderate correlation and > 0.5 was a strong correlation. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program, version 21.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA), and Analysis of Moment Structures (AMOS), version 21.0, were used for the statistical analyses.

## Results

### *Phase 1: Translation, Cultural Adaptation and Pilot Study*

The data resulting from the content analysis regarding the conceptual, cultural and linguistic validity are shown below and illustrated in Table 2. Once the first translation into Spanish had been carried out independently by each of the two bilingual professionals (version 1a and 1b), the prepared questionnaire was submitted to a joint assessment by expert researchers, in which different aspects of the questionnaire were reviewed and discussed until criteria were agreed upon.

The following adjustments were derived from the review. Work was done to make initial instructions as clear as possible. It was considered important to come to some agreements to maintain a logical format and the same terminology throughout the document. Thus, the word “patient” was respected for being an understandable term in the context, although the meaning in Spanish differs from the person-centred concept. In addition, it was agreed to refer to “personal del programa” when referring to programme staff. In three items (15, 18 and 31) the syntactic construction of sentences was modified to adapt better to Spanish. Some decisions were also made to ensure cultural adaptation. Some of the nouns and verbs were changed to words of conceptual equivalence that are more understandable for the Spanish population (items Intro, 10, 12, 19, 20, 22 and 33). Some concepts and expressions were clarified to ensure the cultural and semantic understanding of the sentence, looking for more appropriate expressions in Spanish. When the literal translation of the original version did not adapt to semantic understanding, it was decided, whenever possible, to prioritize a translation culturally adapted to the population, without losing the meaning and sense of the original language (items Intro, 14, 17, 26 and 29). In relation to items that considered gender, it was decided to contemplate both genders or to generalize in all cases where possible. In Spanish, the word for “nurse” can adopt the feminine or masculine gender. Although the Royal Spanish Academy

---

(46) considers the masculine plural to be generic, due to the visibility of gender in the profession, the option of using the feminine of the word for “nurse” was considered (items 3, 28 and 32). Before closing version 2, it was considered important to come to some agreements in order to guarantee a common basic terminology, maintaining the verb tenses in all questions. Thus, the compound past was chosen instead of applying the simple past, although the two tenses preserved the meaning of the sentence (items 7, 9, 11, 13, 19, 21, 22 and 28). In those items with important differences, an agreement was reached between the translators and the expert researchers on the subject of discordant points.

Once version 2 in Spanish was finalized, it was sent for back translation. The back translation did not show any mismatches. It provided highly comparable results with the original. The few notable differences were related to verb tense or syntax, but they were considered to be semantically equivalent and no modification of the wording was required. These differences were resolved in the joint meeting with the expert researchers. The revision of the back translation (version 3) by Cott (the original instrument author) ensured that item meanings coincided with the original scale. In only two of the 33 items did the author make notes related to aspects of terminology that changed the meaning of the sentence.

The pilot test with the subjects who characterized the sample, together with the contribution of the experts, allowed the acceptability to be determined and ensured that the items and instructions were correctly understood. Small content or format errors that made understanding difficult were pinpointed and corrected. The comprehension evaluation on a numerical scale was more sensitive. The analysis of the understanding of items valued from 1 to 5 ranged between mean scores of 3.8 and 5 points. Some of the scores obtained indicated greater difficulty in items 2, 6, 7, 10 and 20. Although the level of understanding was adequate, they were reviewed and small changes were made to six items based on the suggestions provided by participants.

Table 2. Decision-making in translation process of the CCRO questionnaire

Item	Original	Version 1 <i>Marque</i>	Version 2	Back translation	Version 4	Justification
Intro	Circle					Traditionally/popularly the expression mark is used in questionnaires, instead of circle
Intro	As a rehabilitation in patient		<i>Paciente ingresado que recibe rehabilitación</i>			It was nuanced to ensure semantic understanding
Intro	Program staff		<i>Personal del programa</i>			The format was maintained throughout the document
Intro	If this question does not apply to you		<i>Si la pregunta no es aplicable a su situación</i>			It is specified that it refers to his/her personal situation
3, 28	Well-informed		<i>Bien informado/a</i>			Gender perspective is included
6	Comfortable		<i>Cómodo/a</i>			Although the author specified that it was not the same, it was determined that in Spanish it does coincide
7, 9, 11, 13, 19, 21, 22, 28	I had		<i>Tuve o He tenido</i>			It was decided to use the compound form in all items with a past verb, instead of applying the simple past
8	Was controlled as well as possible		<i>Fue controlado</i>		<i>Ha sido controlado</i>	The compound form was chosen because it was a more appropriate expression for Spanish
10, 12	I was given		<i>Me facilitaron</i>			The verb "give" was changed to the verb "facilitate"
14	Were given		<i>Se les facilitó</i>			Since the literal translation was "informes"
15	My reports		<i>Mis manifestaciones</i>		<i>Para el personal del programa...</i>	In long sentences, the syntactic construction (sentence structure) was modified due to greater cultural adequacy in format, ordering the sentences' elements according to their grammatical function
17	My treatment needs, priorities and goals were important to the program staff		<i>Mis necesidades de tratamiento, prioridades y objetivos...</i>			The original author commented that organizing care is not the same as assisting in providing care, so the verb was changed for greater contextualization of the phrase
17	Assist in providing care for me		<i>Provisión de cuidados</i>		<i>Organización de mis cuidados</i>	Idem 15
18	I knew who to contact if I had problems or questions during my rehabilitation program		<i>Durante mi programa de rehabilitación, sabía con quien...</i>			
19	adequate		<i>adecuado</i>			
20	setting		<i>plantamiento</i>		<i>necesario</i>	

22 26	condition I could understand	<i>situación</i> <i>Pudiese comprenderlo</i>	<i>Pudiera</i> <i>comprenderlo</i>	There were doubts in terms of “comprender” and “entender” because they are synonyms of “understand”. The first person is used to facilitate understanding. A literal translation could not be performed, opting for adaptation
29	I was told what to expect when I got home	<i>Me dijeron a que atenerme al regresar a casa</i>		Idem 15
31	My emotional needs (worries, fears, anxieties) were recognized and taken seriously by the program staff Nurses, doctors	<i>El personal del programa...</i> <i>Enfermeros y médicos</i>	<i>Enfermeras y médicos</i>	RAE uses the generic in the masculine, but in recognition of the majority group, the feminine in Spanish of the word for “nurses” is accepted due to gender visibility
33	Ready for	<i>Asimilar</i>		

### *Phase 2: Psychometric Testing*

Answers were obtained from 317 questionnaires. Questionnaires with more than 50% of “Not applicable” responses (n = 12) were eliminated. The sample’s general characteristics (n = 305) can be observed in Table 1. The sample mean age was 67.1 years, characterized by a group of people aged predominantly 60 years or older (70.2%). Among the participants, women (62.8%) prevailed over men, especially in residences where the majority were women (79.7%). The residence sample was characterized by a low educational level, as it was mostly constituted by people without primary education who had learned to read or write (less than primary school) (25.6%) or with basic studies (30.5%). Of the participants treated in rehabilitation hospitals, the diagnoses of musculoskeletal injuries (MSKs) (31.6%) and stroke (24.6%) predominated, while among the participants treated in residences, the diagnoses of complex patients (20.7%) and geriatric rehabilitation (27.6%) predominated. Among the total sample, most people lived at home (83.2%), with their family or personal carers (73.7%), and the majority did not have accessibility problems in their home (69.2%). Up to 70.2% of the participants expressed the need for help from others once the rehabilitation was finished, with 46.1% receiving help from family, friends, neighbours or carers, and 24.1% receiving support from the caretaker staff of the residence.

Sixty-two per cent of the questionnaires were answered on paper (100% among residence users). The online questionnaires were only answered by 38.0% of the respondents, all of them rehabilitation users and hospitalized patients. Half of the questionnaires were completed with help, with a higher incidence in the resident population (78.0%) than in users of rehabilitation services (45.5%). The percentage of people who received help to complete the questionnaire progressively decreased as the level of studies increased (86.8% of people with less than primary education, 65.6% of people with primary education, 31.9% of people with

---

secondary education and 12.5% of people with higher education).

#### *Item Response Rates*

The answer options for the CCRQ-e items with the highest response rate among participants were Strongly Agree (++) and Agree (+) (see Table 3).

The answer option “Not applicable” was used mainly in items 10, 17, 22, 24 and 29, since 19.3% of the sample lived in a residence, an aspect that had already been considered/reported before administering the questionnaire. In the remaining items, the answer option “Not applicable” was observed in items 4, 12, 23 and 27, which are four items that ask directly about family/friends support. This may be due to the fact that 26.2% of the sample live alone and 29.8% say that they do not receive help from family/carers or friends. In the remaining items, “Not applicable” responses did not exceed 4.9%.

#### *Inter-Item Correlations*

Spearman’s correlation was calculated among the 33 variables of the CCRQ-e (statistically significant at 1% significance level) (45). A good or moderate correlation is shown in several pairs. Only one of the pairs (5 with 6) shows a high correlation ( $\rho = 0.7$ ). Items 14 with 13; 15 with 16; 21 with 20 and 22; 25 with 24 and 26; 29 with 28; 31 with 30 and 32 show a moderate correlation ( $\rho = 0.6-0.68$ ). The three negative items (2, 7 and 33) present a weak or non-existent relationship with the other items ( $\rho = -0.042-0.32$ ). The rest of the pairs show a moderate-to-low correlation ( $\rho = 0.41-0.58$ ).



Table 3. Response rate and use of "Does not apply" for each item in the CCRQ-e

Item number and question for each domain	Freq response % (n = 305)					NA	
	++ SA (1)	+ A (2)	+/- NAD (3)	- D (4)	-- SD (5)		
<b>Decision-making</b>							
1	The rehabilitation staff and I decided together what would help me	33.4	38	13.1	9.2	4.6	1.6
6	The rehabilitation staff tried to accommodate my needs when scheduling my therapy	41.6	37.4	12.5	4.3	3.3	1
9	The rehabilitation staff took my individual needs into consideration when planning my care	38.4	39.3	13.1	7.2	1.3	0.7
15	My treatment needs, priorities and goals were important to the rehabilitation staff	38.7	44.6	11.8	1.6	1.3	2
20	I was encouraged to participate in setting my goals	32.5	40.7	14.8	5.2	2.6	4.3
25	Treatment choices were fully explained to me	30.8	40	17.7	7.9	2.6	1
<b>Education</b>							
2	I had difficulty getting the healthcare information I needed*	7.5	13.4	12.8	31.1	32.5	2.6
10	I was given adequate information about support services in the community	18.4	21.0	10.5	7.5	5.2	37.4
21	I received the information that I needed when I wanted it	37	41.6	13.8	4.3	2.6	1.7
26	My therapy program was explained to me in a way that I could understand	45.2	37.7	9.8	4.3	1.6	1.3
33	There were times when I received more information than I was ready for*	8.2	12.8	23	34.1	18.4	3.6
<b>Outcome evaluation</b>							
3	I was kept well informed about my progress in areas that were important to me	37.4	41	9.8	6.9	3.9	1.0
11	I accomplished what I expected in my rehabilitation program	31.8	38	14.8	7.5	4.3	3.6
16	The rehabilitation staff and I discussed my progress together and made changes as necessary	38.7	37.4	12.1	6.2	3	2.6
22	I learned what I needed to know in order to manage my condition at home	29.2	29.8	12.1	6.6	2.6	19.7
<b>Family involvement</b>							
4	My family/friends were given the support that they needed by the rehabilitation staff	29.2	33.8	15.7	6.9	3.6	10.8
12	My family/friends were given the information that they wanted when they needed it	31.5	42.3	11.8	4.9	2	7.5
17	My family/friends received information to assist in providing care for me at home*	25.2	26.9	13.8	7.9	3.3	23
23	My family and friends were treated with respect	53.8	33.1	5.2	1.6	0.7	5.6
27	My family/friends were involved in my rehabilitation as much as I wanted	25.9	33.8	18	5.9	5.2	11.1
<b>Emotional support</b>							
5	The rehabilitation staff treated me as a person instead of just another case	49.5	34.8	8.9	3	3.6	0.3
13	I was treated with respect and dignity	63.9	28.9	3.3	3	1	0
28	I felt comfortable expressing my feelings to rehabilitation staff	43.3	37.4	10.2	3.6	3	2.6
31	My emotional needs (worries, fears, anxieties) were recognized and taken seriously by the rehabilitation staff	37.4	39.3	12.5	5.6	2.6	3.6
<b>Physical comfort</b>							
8	My physical pain was controlled as well as possible	40.7	40.7	8.9	3.9	0.7	4.9
14	My reports of pain were acknowledged by rehabilitation staff	45.9	37.7	8.5	3.9	0.3	3.6
19	I had adequate time for rest and sleep	43.3	39.7	8.2	3.9	2	3
30	Rehabilitation staff tried to ensure my comfort	39.7	46.9	8.2	2.6	1	1.6
<b>Continuity</b>							
7	I had to repeat the same information to different rehabilitation staff*	11.8	24.6	17.7	23.6	19.3	3
18	I knew who to contact if I had problems or questions during my rehabilitation program	42	37.4	8.2	7.9	3	1.6
24	I know who to contact if I have problems following discharge	21.6	25.6	15.7	9.8	5.6	21.6
29	I was told what to expect when I got home	22	29.8	10.8	8.2	3.6	25.6
32	My therapists, nurses and doctors worked well together	38	43	12.8	3.3	2	1

Note: Response options for each item were: SA (++) = Strongly agree, A(+) = Agree, NAD(+/-) = Neither agree nor disagree, D(-) = Disagree, SD(-) = Strongly disagree, N/A = Does not apply/Not applicable.

\* Items 2, 7 and 33 correspond to those formulated in the negative.

---

*Exploratory and Confirmatory Factor Analysis*

Values for univariate skewness and kurtosis were satisfactory for all variables within the conventional criteria for normality. Thus, skewness values ranged from -3 to +3 and kurtosis values were between -7 and +7, confirming the normality of the sample data (47). The relevance of the EFA showed satisfactory results in Bartlett's sphericity test ( $\chi^2$  (528) = 6027.80;  $p < 0.001$ ) and the Kaiser-Meyer-Olkin test (KMO = 0.939; Kaiser, 1958), indicating that the different scales had satisfactory factor structures. The seven factors with eigenvalues higher than 1.00 explain 60.15% of the total variance. Communalities measuring the variance of variables are systematically greater than 50%, except for item 11 (0.44), and factor loadings were adequate and ranged between 0.53 and 0.82. Values obtained from Cronbach's  $\alpha$  were higher than 0.70 (37), except for the education dimension ( $\alpha = 0.55$ ).

The psychometric properties of the seven factors were also assessed using a CFA with a maximum likelihood estimation method, to determine how well items represented the proposed constructs. The findings of an initial CFA were not supported:  $\chi^2/df = 3.18$ ; CFI = 0.84; TLI = 0.86; IFI = 0.85; PCFI = 0.74; RMSEA = 0.08. Results indicated factor loadings below the 0.50 needed; this is a criterion used to evaluate the reliability of the indicator with the constructs it intends to measure (49). As a result, several items were removed, specifically the three reverse-scored negatively-worded items, two from the client-centred education scale (CCRQ-e 2:  $\lambda = 0.29$ ; CCRQ-e 33:  $\lambda = 0.13$ ) and one from the continuity scale (CCRQ-e 7:  $\lambda = 0.28$ ). Item 11, which showed low communality in the EFA, did obtain an adequate factor loading and it was decided to keep it. Additionally, covariance between errors in several items that showed high modification indices were included: CCRQ-e 14 and 19 = 18.49. Item CCRQ-e 29 was removed, as it presented high modification indices with several items (24, 30 and 22).

Table 4. Reliability and some properties of the items of the CCRQ-e

Seven domains and items of CCRQ-e	Mean	SD	Sk	Ku	C <sub>it</sub>
<b>Decision-making</b> ( $\alpha = 0.85$ ; CR = 0.86)					
1 The rehabilitation staff and I decided together what would help me	2.09	1.14	0.88	0.20	0.84
6 The rehabilitation staff tried to accommodate my needs when scheduling my therapy	1.87	1.01	1.20	1.35	0.81
9 The rehabilitation staff took my individual needs into consideration when planning my care	1.92	0.97	0.94	0.50	0.81
15 My treatment needs, priorities and goals were important to the rehabilitation staff	1.76	0.84	0.96	1.88	0.83
20 I was encouraged to participate in setting my goals	1.92	1.04	0.77	0.74	0.83
25 Treatment choices were fully explained to me	2.09	1.03	0.77	0.25	0.82
<b>Education</b> ( $\alpha = 0.64$ ; CR = 0.75)					
10 I was given adequate information about support services in the community	1.48	1.51	0.76	-0.42	0.62
21 I received the information that I needed when I wanted it	1.92	0.96	1.10	1.28	0.41
26 My therapy program was explained to me in a way that I could understand	1.75	0.03	1.22	1.65	0.44
<b>Outcome evaluation</b> ( $\alpha = 0.75$ ; CR = 0.81)					
3 I was kept well informed about my progress in areas that were important to me	1.96	1.07	1.15	0.98	0.70
11 I accomplished what I expected in my rehabilitation program	2.04	1.13	0.78	0.32	0.72
16 The rehabilitation staff and I discussed my progress together and made changes as necessary	1.90	1.05	0.99	0.82	0.64
22 I learned what I needed to know in order to manage my condition at home	1.65	1.25	0.61	-0.55	0.72
<b>Family involvement</b> ( $\alpha = 0.81$ ; CR = 0.84)					
4 My family/friends were given the support that they needed by the rehabilitation staff	1.90	1.21	0.55	0.03	0.76
12 My family/friends were given the information that they wanted when they needed it	1.81	1.03	0.67	0.81	0.74
17 My family/friends received information to assist in providing care for me at home	1.68	1.35	0.54	-0.39	0.78
23 My family and friends were treated with respect	1.46	0.80	1.14	2.70	0.79
27 My family/friends were involved in my rehabilitation as much as I wanted	1.97	1.26	0.52	-0.17	0.76
<b>Emotional support</b> ( $\alpha = 0.83$ ; CR = 0.83)					
5 The rehabilitation staff treated me as a person instead of just another case	1.75	0.99	1.57	2.44	0.79
13 I was treated with respect and dignity	1.48	0.78	2.07	4.94	0.79
28 I felt comfortable expressing my feelings to rehabilitation staff	1.78	1.00	1.23	1.76	0.76
31 My emotional needs (worries, fears, anxieties) were recognized and taken seriously by the rehabilitation staff	1.89	1.02	0.98	0.95	0.80
<b>Physical comfort</b> ( $\alpha = 0.74$ ; CR = 0.81)					
8 My physical pain was controlled as well as possible	1.68	0.90	0.81	1.15	0.72
14 My reports of pain were acknowledged by rehabilitation staff	1.64	0.86	0.91	1.09	0.61
19 I had adequate time for rest and sleep	1.73	0.94	1.20	1.94	0.72
30 Rehabilitation staff tried to ensure my comfort	1.73	0.81	1.07	2.19	0.65
<b>Continuity/coordination</b> ( $\alpha = 0.67$ ; CR = 0.77)					
18 I knew who to contact if I had problems or questions during my rehabilitation program	1.88	1.06	1.15	0.93	0.48
24 I know who to contact if I have problems following discharge	1.87	1.45	0.43	-0.67	0.64
32 My therapists, nurses and doctors worked well together	1.85	0.91	1.10	1.59	0.61

Note: SD = standard deviation; Sk = skewness; Ku = kurtosis; C<sub>it</sub> = corrected total-item correlations;  $\alpha$  = Cronbach's alpha; CR = composite reliability  
Higher scores in CCRQ-e mean lower client-centred practice perceived.

---

After this respecification, a CFA was reconducted, obtaining all factor loading values over 0.50 (ranging from 0.51 to 0.82) and all the fit indices situated within the recommended values:  $\chi^2/df = 2.78$ ; CFI = 0.92; TLI = 0.93; IFI = 0.94; PCFI = 0.76; RMSEA = 0.07 (Table 4).

*Discriminant Construct Validity (Table 5)*

People aged over 65 responded with a higher perception of person-centredness than people below the age of 65 in all dimensions, being statistically significant in the dimensions of outcome evaluation ( $Z = -2.247$ ;  $p < .025$ ) and family involvement ( $Z = -1.976$ ;  $p < .048$ ).

With regard to diagnosis, significant differences were found in all dimensions of the CCRQ-e, namely decision-making ( $p < .001$ ), education ( $p < .001$ ), outcome evaluation ( $p < .014$ ), family involvement ( $p < .004$ ), emotional support ( $p < .000$ ) and physical comfort ( $p < .000$ ), except for the continuity dimension (Table 5). The planned comparisons revealed significant differences between the trauma and neurorehabilitation group in the decision-making ( $Z = -3.037$ ;  $p < .014$ ), education ( $Z = -2.973$ ;  $p < .018$ ), family involvement ( $Z = -3.318$ ;  $p < .005$ ), emotional support ( $Z = -3.604$ ;  $p < .002$ ) and physical comfort ( $Z = -3.849$ ;  $p < .001$ ) dimensions. Trauma patients showed lower perception of receiving client-centred interventions during their stay in rehabilitation services. Likewise, trauma patients also showed a significantly lower perception than geriatric patients for the education ( $Z = 2.917$ ;  $p < .021$ ) and emotional support ( $Z = 3.700$ ;  $p < .001$ ) dimensions, and also with respect to patients in the complex group in the decision-making dimension ( $Z = 2.88$ ;  $p < .004$ ).

In regard to the level of schooling, significant differences were found in the decision-making ( $p < .033$ ), education ( $p < .023$ ), outcome evaluation ( $p < .016$ ) and family involvement ( $p < .018$ ) dimensions. The planned comparisons revealed significant differences between people with university studies and people with basic-level studies in the decision-making ( $Z =$

-2.660;  $p < .047$ ), education ( $Z = -2.945$ ;  $p < .019$ ) and outcome evaluation ( $Z = -2.661$ ;  $p < .047$ ) dimensions. Likewise, significant differences were revealed between people with university studies and the group of people with less than primary education in the outcome evaluation ( $Z = -2.991$ ;  $p < .017$ ) and family involvement ( $Z = -2.876$ ;  $p < .024$ ) dimensions. In all cases, people with university studies showed a lower perception of having received person-centred intervention.

No significant differences were found in the rest of the planned comparisons. Moreover, no significant association was found in relation to gender variables, living alone or needing help.

#### *Criterion Validity*

Negative significant correlations were observed among all dimensions of the CCRQ-e (except for continuity) and the EQ visual analogue scale. CCRQ-e scores decrease (greater perception of person-centredness) as EQ-VAS scores decrease. Similarly, positive significant correlation indices were observed among the decision-making, education, outcome evaluation and family involvement dimensions of the CCRQ-e and EQ-5D-3L Pain, and specifically the outcome evaluation dimension of the CCRQ-e and EQ-5D-3L Anxiety. However, it should be noted that correlation coefficients were low (see Table 6).

Table 5. Discriminant construct validity. Differences according to age, diagnostic and educational-level groups in the CCRQ-e domains

Age	Decision-making		Education		Outcome evaluation		Family involvement		Emotional support		Physical comfort		Continuity	
	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)
< 65 (n = 115)	2.14(1-4;0.98)	2(3)	2.14(1-5;1.07)	2(4)	2.32(1-5;1.01)	2(4)	2.16(1-5;1.02)	2(4)	1.91(1-5;0.95)	2(4)	1.88(1-4;0.82)	2(3)	2.09(1-5;1.09)	2(4)
> 65 (n = 190)	1.92(1-5;0.71)	2(4)	1.92(1-5;0.82)	2(4)	2.05(1-5;0.82)	2(4)	1.91(1-5;0.73)	2(4)	1.76(1-5;0.77)	2(4)	1.82(1-5;0.69)	2(4)	2.01(1-5;0.81)	2(4)
P-value <sup>a</sup>	.091		.154		.025*		.048*		.270		.732		.846	
Diagnostic group	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)
Complex (n = 34)	1.70(1-3;0.67)	2(2)	1.79(1-4;0.84)	2(3)	1.94(1-4;0.73)	2(3)	1.84(1-3;0.62)	2(2)	1.61(1-3;0.55)	2(2)	1.67(1-3;0.63)	2(2)	1.94(1-4;0.74)	2(3)
Geriatric-RIIB (n = 21)	1.71(1-3;0.56)	2(2)	1.57(1-3;0.59)	2(2)	1.73(1-3;0.73)	2(2)	1.73(1-3;0.56)	2(2)	1.33(1-2;0.48)	1(1)	1.61(1-3;0.58)	2(2)	1.95(1-3;0.80)	2(2)
Neurorehabilitation (n = 91)	1.82(1-4;0.73)	2(3)	1.83(1-5;0.85)	2(4)	2.02(1-4;0.84)	2(3)	1.78(1-4;0.76)	2(3)	1.62(1-4;0.74)	2(3)	1.65(1-5;0.68)	2(4)	1.85(1-5;0.87)	2(4)
Trauma (n = 141)	2.18(1-5;0.89)	2(4)	2.17(1-5;0.92)	2(4)	2.31(1-5;0.98)	2(4)	2.18(1-5;0.92)	2(4)	2.01(1-5;0.90)	2(4)	2.03(1-4;0.77)	2(3)	2.21(1-5;1.00)	2(4)
P-value <sup>b</sup>	.001*		.001*		.014*		.004*		.000*		.000*		.056	
Education level	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)	Mean (R:SD)	Median (IQ)
Reading and writing (n = 76)	1.89(1-5;0.77)	2(4)	1.92(1-5;0.90)	2(4)	2.01(1-5;0.92)	2(4)	1.80(1-4;0.80)	2(3)	1.75(1-5;0.81)	2(4)	1.71(1-4;0.70)	2(3)	1.96(1-4;0.83)	2(3)
Primary (n = 93)	1.87(1-4;0.69)	2(3)	1.87(1-5;0.91)	2(4)	2.05(1-4;0.81)	2(3)	1.90(1-3;0.65)	2(2)	1.67(1-4;0.67)	2(3)	1.78(1-3;0.58)	2(2)	2.05(1-5;0.78)	2(4)
Secondary (n = 72)	2.05(1-5;0.88)	2(4)	2.01(1-5;0.86)	2(4)	2.16(1-5;0.90)	2(4)	2.12(1-5;0.87)	2(4)	1.81(1-5;0.81)	2(4)	1.91(1-5;0.83)	2(4)	1.93(1-5;1.01)	2(4)
Higher education (n = 64)	2.28(1-4;0.96)	2(3)	2.29(1-5;1.03)	2(4)	2.46(1-5;0.95)	2(4)	2.27(1-5;1.07)	2(4)	2.10(1-5;1.07)	2(4)	2.03(1-4;0.85)	2(3)	2.26(1-5;1.08)	2(4)
P-value <sup>b</sup>	.033*		.023*		.016*		.018*		.074		.119		.143	

Note: R = range; SD = standard deviation; IQ = interquartile; <sup>a</sup> = Mann-Whitney U test. <sup>b</sup> = Kruskal-Wallis test.

\* Significance level is  $p < .05$ . Higher scores in CCRQ-e mean lower client-centred practice perceived.

Table 6. Criterion validity. Spearman correlations between the CCRQ-e domains and EQ-ED dimensions

CCRQ Domain		EQ-5D-3L Mobility	EQ-5D-3L Self-care	EQ-5D-3L Activities	EQ-5D-3L Pain	EQ-5D-3L Anxiety	EQ-VAS
Decision-Making	Correlation Coefficient	-.042	-.050	-.015	.131*	.029	-.194**
	Sig. (2-tailed)	.460	.384	.791	.022	.616	.001
Education	Correlation Coefficient	.061	-.078	.013	.144*	.071	-.157**
	Sig. (2-tailed)	.290	.177	.817	.012	.215	.006
Outcome Evaluation	Correlation Coefficient	.005	.026	.050	.152**	.191**	-.283**
	Sig. (2-tailed)	.930	.647	.390	.008	.001	.000
Family Involvement	Correlation Coefficient	-.010	-.027	-.054	.128*	.047	-.129*
	Sig. (2-tailed)	.869	.645	.358	.028	.422	.027
Emotional Support	Correlation Coefficient	-.044	-.076	-.039	.099	.071	-.101
	Sig. (2-tailed)	.442	.187	.499	.083	.218	.079
Physical Comfort	Correlation Coefficient	-.006	-.089	-.057	.102	.003	-.154**
	Sig. (2-tailed)	.912	.121	.322	.076	.910	.007
Continuity	Correlation Coefficient	.036	.012	.000	.091	.095	-.123*
	Sig. (2-tailed)	.534	.840	.994	.112	.096	.031

\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\*\*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Note: CCRQ = Client-Centred Rehabilitation Questionnaire; EQ-5D-3L = EuroQol-five domain-three-level questionnaire; EQ-VAS = EQ Visual Analogue Scale

## Discussion

The evidence presented suggests that CCRQ-e is an adequate instrument to assess the degree of person-centredness perceived by the person receiving interventions during his/her stay with a rehabilitation service. Qualitative and quantitative evidence was provided to support linguistic, cultural and conceptual equivalence, obtaining a metric in relation to internal consistency reliability and validity comparable with the original (19).

The CCRQ-e is not a literal or verbatim translation. Bad translations rely on literal or automatic translations instead of carefully adapting the meaning (35). Throughout the entire process, the aim was to ensure that the translation guaranteed the most conceptual meaning that each item pursues (50). The different phases of the translation and adaptation process sought to ensure semantic and cross-cultural equivalence. Two elements were considered key in the process: the review/evaluation of the original author's back translation to ensure semantic and conceptual correspondence (19), and the pilot study prior to the validation process, which contributed to certifying cultural adaptation, ensuring the acceptance and suitability of the items in the population.

The CFA results obtained for the CCRQ-e support the structure of seven subscales of the original Cott et al. (19) model, with an excellent fit between data structure and the measurement model ( $\chi^2/df = 2.78$ ; CFI = 0.92; TLI = 0.93; IFI = 0.94; PCFI = 0.76; RMSEA = 0.07).

Based on these results (from a first exploratory analysis and a subsequent confirmatory factor analysis), four items were eliminated from the 33 items of the original scale, three of which corresponded to those formulated negatively. In the original study, Cott et al. (19) had already indicated that, in these three items, there was a higher percentage of "Not applicable" responses and lower test-retest reliability than in the rest of the items. Later studies carried out in other

---

countries (21,22) also eliminated negative items due to a decrease of the internal consistency of their respective scales and poor standardized regression weights. Item 29 was eliminated from the continuity dimension, as it presented high modification indices that impacted several items of the scale (37). After deleting items 7 and 29, three items remained for the continuity dimension, as well as for the education dimension by deleting negative items 2 and 33.

In this study, as other researchers in this field point out (7–9), socio-demographic and clinical variables such as age, culture and diagnosis were relevant aspects to take into account to distinguish trends in the answers. Older participants, a high number of pathologies (more complex) and a lower education level indicated a more person-centred experience in their rehabilitation process. In these cases, the outcome evaluation and family involvement dimensions were especially sensitive to these clinical and socio-demographic variables. In fact, the role of families and other informal carers has been positively related to the experience of patients and their results, and it is especially relevant when, due to the characteristics of the pathology, it requires the help of a third person (8,11,19). In these cases, family or carers facilitate communication and professional-client interaction, which contributes to participation and the success of the treatment (17).

In relation to the decision-making and education dimensions, people with more complex diagnoses perceived person-centred care to a greater extent. This may be due to the fact that, in these cases, information, effective communication and education are essential aspects for decision-making (7). In the same way, these two subscales were also sensitive to the educational level of clients, relating it to critical capacity and personal resources for managing their own health. As in other studies, older people with a lower educational level were less critical about interventions, perceiving a greater person-centred care (9,13).



The dimensions related to physical comfort and emotional support were also perceived differently depending on the diagnosis. In the study of Hansen et al. (11), it was found that physical comfort was a less relevant aspect when it came to outpatients who, due to the characteristics of the pathology, did not need the help of a third person, as could happen with participants of the present study with a trauma diagnosis, who tend to maintain a higher autonomy level than patients with other pathologies. Likewise, in this study, the continuity dimension turned out to be less relevant due to the characteristics of the sample, since the people with the greatest severity lived in hospices or with the support of other people, and the people who presented less disabling diagnoses returned to their homes with the lowest need for support (11).

No significant correlations were found between the dimensions of the EQ-5D that assess mobility, self-care and daily activities and the CCRQ-e, as they do not measure the same constructs. For this reason, in their study of the CCRQ-e, Hansen et al. (11) considered it important to add a new domain that contemplated occupation and that took into account elements related to activities of daily living. On the other hand, the study results do show a correlation with the pain and anxiety dimensions of the EQ-5D and the general health index, especially in the CCRQ-e dimension concerning outcomes. Pain and anxiety are aspects that can limit the active participation of people during treatment, and thus the evaluation of experience and outcomes. Changes in functional capacity are a reality in all rehabilitation patients, and it is clear that improvement in health perception evaluated by the EQ-VAS has a positive effect on the individual's experience of person-centred care (CCRQ-e) once the treatment or intervention is completed (8).

### ***Limitations and Future Recommendations***

In this study, as in other studies on instruments that evaluate client-centredness (8,9,16,21), it was not felt that there is any exclusive construct to evaluate client experience. It is true that some of

---

the CCRQ-e constructs were considered of greater or lesser importance depending on the users' characteristics, including age, morbidity and degree of dependence, although all constructs were generalizable for the evaluation of user-centred practice rehabilitation. Specifically, criticisms of the existing evaluation instruments so far are directed towards instruments that evaluate only some of the dimensions included in the client-centred construct (8). Also, regarding the characteristics of the sample, the severity of the diagnosis has been especially relevant when assessing the experience. As researchers, we propose in future studies to collect some other variables, such as the professional's time of dedication or the number of rehabilitation sessions received, to discriminate whether the professional dedication time would be a discriminating aspect beyond the complexity of the diagnosis.

Some studies (19,21) suggest that the "Does not apply" option in some items is questionable. In our case, a large number of "Does not apply" responses was logically expected in items related to the family or return home dimensions, due to the fact that part of the sample lived in residences.

A limitation of the study was the fact that the number of people who did not complete the questionnaire was unknown, since the online format required them to answer all items before sending it, and the professionals in the rehabilitation centres only collected the completed questionnaires. A more in-depth study of barriers detected in relation to the use and viability of the instrument (administration time, acceptance...) is necessary (35,51). A future research line will be to work towards a simplified version of the questionnaire, with a more agile and functional format to administer/self-complete, since it is widely known that simpler formats are more widely accepted (22,35). Moreover, this type of questionnaire should be filled with open-ended questions to obtain qualitative information on people's experience (8). Future studies, with simplified

versions, could also examine the test-retest reliability of the tool.

## **Conclusion**

This paper provides evidence favouring the use of the CCRQ Spanish-adapted version (CCRQ-e) to evaluate, from the user's perspective, the follow-up of person-centred care during their rehabilitation process. This represents an important contribution to research with clear applications, insofar as it will allow comparisons between users and services, which is essential for promoting a correct application of person-centred care in Spanish social and health rehabilitation centres. The CCRQ-e, composed of 29 items, shows adequate psychometric properties, thus it can be used to monitor the process of person-centred practice in Spanish rehabilitation contexts, which would allow capturing the perspective of the person of the main dimensions of this type of practice.

## **Acknowledgements**

The authors would like to thank the collaboration of the participants, occupational therapists and physiotherapists of the 22 healthcare centres and hospices in Catalonia for their active involvement. The authors also thank the people who have participated in the adaptation process, and especially the author of the CCRQ, Cheryl Cott, for her contribution.

## **Declaration of interests**

The authors declare that there are no conflicts of interest regarding the publication of this paper.

---

## References

1. Rogers CR. Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory. Houghton Mifflin; 1951.
2. WHO. Rehabilitation competency framework [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. 52 p. Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/rehabilitation-competency-framework>
3. WHO. WHO Global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. *Serv Deliv Saf* [Internet]. 2015;1–50. Available from: [http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO\\_HIS\\_S](http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_S)
4. Jesus TS, Bright F, Kayes N, Cott CA. Person-centred rehabilitation : what exactly does it mean ? Protocol for a scoping review with thematic analysis towards framing the concept and practice of person-centred rehabilitation. *BMJ Open*. 2016;6(7):e011959.
5. Sumsion T, Law M. A review of evidence on the conceptual elements. *Can J Occup Ther*. 2006;73(3):153–62.
6. Ranner M, Von Koch L, Guidetti S, Tham K. Client-centred ADL intervention after stroke: Occupational therapists experiences. *Scand J Occup Ther*. 2016;23(2):81–90.
7. Plewnia A, Bengel J, Körner M. Patient-centeredness and its impact on patient satisfaction and treatment outcomes in medical rehabilitation. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016;99(12):2063–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.018>
8. McMurray J, McNeil H, Lafortune C, Black S, Prorok J, Stolee P. Measuring patients' experience of rehabilitation services across the care continuum. Part II: Key dimensions. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2016;97(1):121–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.08.408>
9. Wilberforce M, Challis D, Davies L, Kelly MP, Roberts C, Loynes N. Person-centredness in the care of older adults: A systematic review of questionnaire-based scales and their measurement properties. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016;16(1):63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-016-0229-y>

10. Wilberforce M, Challis D, Davies L, Kelly MP, Roberts C, Clarkson P. Person-centredness in the community care of older people: A literature-based concept synthesis. *Int J Soc Welf*. 2017;26(1):86–98.
11. Hansen AØ, Kristensen HK, Cederlund R, Lauridsen HH, Tromborg H. Client-centred practice from the perspective of Danish patients with hand-related disorders. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2018;40(13):1542–52. Available from: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1301577>
12. Maitra KK, Erway F. Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *Am J Occup Ther*. 2006;60(3):298–310.
13. Hammell KR. *Perspectives on Disability and Rehabilitation: Contesting Assumptions, Challenging Practice*. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone/Elsevier; 2006. 258 p.
14. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 3];3(1). Available from: <http://mendeley.csuc.cat/fixters/ceda04c1eeea21ee1fdb86460e69fdf>
15. Rodríguez-Bailón M, López-González L, Merchán-Baeza JA. Client-centred practice in occupational therapy after stroke: A systematic review. *Scand J Occup Ther* [Internet]. 2020;1–15. Available from: <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1856181>
16. Silva D. *Helping measure person centred care: a review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care: evidence review* [Internet]. London: Health Foundation; 2014. Available from: <http://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf>
17. Zimmermann L, Konrad A, Müller C, Rundel M, Körner M. Patient perspectives of patient-centeredness in medical rehabilitation. *Patient Educ Couns*. 2014;96(1):98–105.
18. Ree E, Wiig S, Manser T, Storm M. How is patient involvement measured in patient centeredness scales for health professionals? A systematic review of their measurement properties and content. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1–14.
19. Cott C a, Teare G, McGilton KS, Lineker S. Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disabil Rehabil*. 2006;28(22):1387–97.
20. Pryor J, Fischer M. An examination of the CCRQ as a measure of person-centred

- rehabilitation. *J Australas Rehabil Nurses' Assoc* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 18];22(2):22–6. Available from:  
<https://search.informit.org/doi/10.3316/INFORMIT.738281291543325>
21. Fisher M, Pryor J, Capell J, Alexander T, Simmonds F. The psychometric properties of a modified client-centred rehabilitation questionnaire in an Australian population. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2020;42(1):122–9. Available from:  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1494214>
  22. Körner M, Dangel H, Plewnia A, Haller J, Wirtz MA. Psychometric evaluation of the Client-Centered Rehabilitation Questionnaire (CCRQ) in a large sample of German rehabilitation patients. *Clin Rehabil* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 25];31(7):926–35. Available from:  
<http://journals.sagepub.com.ure.uab.cat/doi/pdf/10.1177/0269215516665158>
  23. Martínez Rodríguez T. Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Rev Argentina Gerontol y Geriátria* [Internet]. 2017;31(3):83–9. Available from:  
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/evaluacionACPRAGG.pdf>
  24. González Mestre A, Piqué Sánchez JL, Vila Rull A, editors. *L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya*. Barcelona: Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària; 2016. 26 p.
  25. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñoz J. Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging Ment Health* [Internet]. 2015;20(5):550–8. Available from:  
[https://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=6&SID=U1d231yQd98CyrRwpYj&page=1&doc=2](https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=6&SID=U1d231yQd98CyrRwpYj&page=1&doc=2)
  26. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñoz J. The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *Int J Clin Heal Psychol*. 2015;16(2):175–85.
  27. Martínez T, Martínez-Loredo V, Cuesta M, Muñoz J. Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals. *Int J Clin Heal Psychol*. 2020;20(1):62–70.
  28. Buiza C, García-Soler Á, Díaz-Veiga P, Arriola E, Fernández E. Development and

- validation of an observational tool for the assessment of well-being in people with dementia from the perspective of Person Centred Care: List of Well-being Indicators of Wellbeing. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020;55(3):147–55. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.06.006>
29. Villar F, Vila-Miravent J, Celdrán M, Fernández E. La evaluación del bienestar en pacientes con demencia: validez y fiabilidad de la versión española del Dementia Care Mapping (DCM) [Internet]. Vol. 36, *Estudios de Psicología*. Taylor and Francis Ltd.; 2015 [cited 2021 Jul 5]. p. 389–412. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=redp20>
  30. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J. Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. *Psicothema* [Internet]. 2016;28(2):114–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27112806>
  31. International Test Commission. The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition). [www.InTestCom.org]. 2017.
  32. EuroQol Group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (New York)* [Internet]. 1990 Dec [cited 2018 Apr 29];16(3):199–208. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10109801>
  33. Badia X. The Spanish version of the EuroQol: Description and applications. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 1999 [cited 2018 Apr 29];112 Suppl:79–85. Available from: <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/b073c0a1a37469115b1bb3078ef8ab89>
  34. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D : una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*. 2015;28(6):425–9.
  35. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*. 2013;25(2):151–7.
  36. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* [Internet]. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale, NJ, USA: Lawrence Erlbaum; 1988 [cited 2021 Jul 5]. Available from: [https://scihub.do/https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=rEe0BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=swVVMrVRmb&sig=XASHva\\_k8Rd4gCqdBGK4L5H9w4U](https://scihub.do/https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=rEe0BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=swVVMrVRmb&sig=XASHva_k8Rd4gCqdBGK4L5H9w4U)
  37. Marôco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e

- soluções modernas? *Laboratório Psicol.* 2006;3(1):65–90.
38. Nunnally J, Bernstein I. *Psychometric Theory*, 3rd edn, 1994. 3rd ed. McGraw-Hill, New York. 1995.
  39. Bagozzi RP, Yi T. Journal of the Academy of Marketing Science On the Evaluation of Structural. *J Acad Mark Sci.* 1988;16(1):74–94.
  40. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis*. 7a ed. Pearson Education. New Jersey; 2014.
  41. Kahn JH. *Factor Analysis in Counseling Psychology Research, Training, and Practice: Principles, Advances, and Applications*. *Couns Psychol.* 2006;34(5):684–718.
  42. Kline R. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 2 ed. New York: The Guilford Press; 2005.
  43. Worthington RL, Whittaker TA. Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *Couns Psychol.* 2006;34(6):806–38.
  44. Hu L, Bentler P. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model A Multidiscip J.* 1999;6(1):1–55.
  45. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155–9.
  46. Real Academia Española. Enfermero,ra. In: *Diccionario de la Lengua Española* [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2020 [cited 2021 Jul 6]. Available from: <https://dle.rae.es/enfermero?m=form>
  47. Finney SJ, DiStefano C. Non-normal and categorical data in structural equation modeling. In: Hancock GR, Mueller RO, editors. *Structural equation modeling: A second course*. Charlotte: Information Age Publishing; 2006. p. 269–314.
  48. Kaiser HF. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika.* 1974;23(3):187–200.
  49. Fornell C, Larcker DF. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *J Mark Res.* 1981;18(1):39–50.
  50. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública.* 2004;6(3):302–18.
  51. 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.



### **Implications for Rehabilitation**

- The original seven domains of the CCRQ could be replicated in the sample of patients from Spanish rehabilitation services.
- By eliminating four items from the original scale, the validated scale, known as the CCRQ-e (Spanish version), was obtained.
- The CCRQ-e allows a reliable and valid evaluation of the perception of the person-centredness of the Spanish rehabilitation services.
- The CCRQ-e is the first self-reported measure in Spanish of an individual's experience during the rehabilitation service.

### 3.3 Estudi 3. Validesa, fiabilitat i sensibilitat al canvi de la versió espanyola de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* en adults majors dels serveis de rehabilitació

#### 3.3.1 Introducció o presentació

Aquest article es correspon a la segona part de l'estudi de la COPM. Després d'haver recollit informació per part dels professionals en relació al seu ús en el primer estudi, calia examinar les propietats psicomètriques de l'instrument.

La COPM és un instrument del qual han estat àmpliament examinades les seves propietats psicomètriques, tant de fiabilitat, de validesa, com de sensibilitat, al canvi en diferents poblacions, contexts i països, i en són múltiples les referències positives en relació a les seves propietats psicomètriques (Carswell et al., 2004; Law et al., 2019; Parker i Sykes, 2006; Yang et al., 2017); però a l'iniciar l'estudi no existia cap publicació que fes referència al context o població espanyola.

Aquest article pretén aportar informació quantitativa en relació a evidències de validesa i fiabilitat de la versió espanyola de la COPM, obtingudes a partir d'administrar la COPM als adults majors<sup>6</sup> usuaris dels serveis de rehabilitació; així com determinar el grau de sensibilitat al canvi quan és utilitzada en usuaris dels diferents serveis de rehabilitació dels centres sociosanitaris i residències.

#### 3.3.2 Producció científica: *Manuscript*

#### 3.3.3 Resum

##### Propòsit:

Aportar evidències de validesa i fiabilitat en les puntuacions de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* quan és utilitzada en adults ma-

---

<sup>6</sup> En aquest estudi estem fent servir la traducció directe de l'anglès, *older adult* com "adult major", pel fet que la traducció literal "persona gran" podria portar a confusió.

jors dels serveis de rehabilitació, així com determinar el grau de sensibilitat al canvi, quan aquesta és administrada en dos tipus de centres.

**Mètode:**

Es va realitzar un estudi quantitatiu multicèntric en els serveis de rehabilitació de nou centres sociosanitaris i vuit residències. La COPM es va administrar a 172 adults majors (mitjana d'edat 79,36 SD= 9,70; 65.1% dones) conjuntament amb l'Índex de Barthel, l'escala de Lawton *Instrumental activities of Daily Living* (IADL), el qüestionari *EuroQol-cinco dimensiones-tres niveles* (EQ-5D-3L) i el *Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente* (CCRQ-e).

**Resultats:**

Es van prioritzar un total de 637 problemes d'acompliment ocupacional majoritàriament de l'àrea d'autocura (70.5%). Les puntuacions de la COPM varen correlacionar significativament amb IB, IADL, EQ-5D-3L (excepte la dimensió dolor) i el CCRQ (excepte les dimensions *implicación de la familia* i *continuidad/coordinación*). La COPM no va mostrar diferències significatives en relació al nivell educatiu. En fiabilitat es va obtenir una alta correlació test-retest (>.80). En els centres sociosanitaris es va observar una major sensibilitat al canvi, tant pel que fa a l'acompliment, com per la satisfacció (mitjana de canvi per ambdós valors: 3,7), que als centres residencials (mitjana de canvi: 0,8 i 1, respectivament).

**Conclusió:**

Les evidències donen suport a l'ús de la COPM en adults majors hospitalitzats que utilitzen serveis de rehabilitació centrats en el client.

**Paraules clau:**

*Canadian Occupational Performance Measure*; avaluació de la salut; adult major; centrat en la persona; rehabilitació; validació.

### 3.3.4 Manuscript

---

#### **Validesa, fiabilitat i sensibilitat al canvi de la versió espanyola de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* en adults majors dels serveis de rehabilitació**

Elisabet Capdevila. BSc OT1

<sup>1</sup> *Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT). Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)*

Mariona Portell. PhD, MSc2

<sup>2</sup> *Departament de Psicobiologia i de Metodologia de les Ciències de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)*

Eva Penelo. PhD, MSc2

<sup>2</sup> *Departament de Psicobiologia i de Metodologia de les Ciències de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)*

María Rodríguez-Bailón. PhD, BSc OT3.

<sup>3</sup> *Department of Physiotherapy (Occupational Therapy). Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga (UMA).*

## Introducció

En els darrers anys, en el sistema de salut i rehabilitació s'han produït canvis que posen un especial èmfasi a la pràctica centrada en la persona i en la participació de la persona en el seu propi tractament i procés de rehabilitació [1]. Des de l'aportació de la *Decade of Healthy Ageing* (2021-2030) [2], així com de l'*Agenda pel Desenvolupament Sostenible 2020-30* [3], el procés de desenvolupament i manteniment de les capacitats funcionals implicades en el benestar de l'adult major ha estat una prioritat que va més enllà d'una rehabilitació centrada en la disfunció. Aquest procés implica atendre les necessitats de la persona, tenint en compte les característiques personals com l'edat, la patologia o la personalitat, així com l'entorn social, físic o cultural en el que viuen [1,4,5].

A la Unió Europea (UE) hi ha dos tipus de centres d'atenció per adults major<sup>1</sup>s que, a causa del seu nivell de dependència funcional i complexitat clínica, no poden ser atesos a casa i requereixen de rehabilitació. Atès que no hi ha una etiqueta específica per a un dels tipus de centres d'atenció als països de la UE, en aquest article ens referirem a ell com a “centre sociosanitari” [6]. L'altre tipus de centre és la residència assistida.

En els centres sociosanitaris, s'atén a adults majors amb patologies de base que requereixen una recuperació funcional després d'un procediment quirúrgic, mèdic o traumatològic. El perfil seria, per tant, el d'una persona amb malaltia subaguda i/o malaltia crònica [5,7]. L'avaluació i la posterior intervenció de l'equip de rehabilitació (ER) –que va d'un a sis mesos– s'adreça inicialment al tractament de la discapacitat, i després cap a la compensació de la dependència en aquells casos en què la recuperació no és possible. El propòsit de la rehabilitació en aquests casos

---

<sup>1</sup> En aquest estudi estem fent servir la traducció directa de l'anglès, *older adult* com “adult major”, pel fet que la traducció literal en llengua catalana “persona gran” podria portar a confusió respecte a l'article que es publicarà en llengua anglesa.

---

és maximitzar la funció i minimitzar les limitacions en les activitats i la participació, per tal de poder viure una vida independent en tornar al domicili [4,5,8].

En residències assistides la tipologia de persones que ingressen, és per pèrdua funcional o per la incapacitat de poder mantenir la seva vida en el domicili, amb un grau de dependència cada vegada més elevat. L'enfocament de la intervenció en aquests centres és divers i pot dirgir-se a la prevenció de la incapacitat, la recuperació de processos incapacitats, el manteniment de processos crònics, així com la modificació de l'activitat i/o l'entorn quan és necessari [4,8]. L'objectiu principal de l'ER és l'estimulació, el manteniment de les capacitats funcionals i la qualitat de vida [4]. A diferència dels centres socio-sanitaris, el temps d'estada en una residència tendeix a ser indefinida, on els objectius i seguiment de la intervenció es revisen periòdicament.

Per tant, les intervencions de rehabilitació per a adults majors varien tant en funció del tipus de centre assistencial, com del tipus de problemes de salut implicats. No obstant això, més enllà d'aquestes diferències, una acció rehabilitadora efectiva ha d'incloure, tant un pla d'atenció proactiu i individualitzat, com un disseny d'avaluació; tots ells dins d'un procés de col·laboració entre el professional i el client, capaç d'establir objectius d'intervenció significatius i, com s'ha esmentat anteriorment, centrats en la persona [5]. La *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM), proposada el 1990 per Law et al. [9] dona una resposta adequada a aquestes necessitats.

La COPM és un instrument estandarditzat heteroadministrat dissenyat per ajudar als usuaris a identificar i prioritzar els seus problemes d'acompliment ocupacional més significatius, a més d'avaluar els canvis en la percepció de l'usuari de qualsevol millora en el temps. Proporciona informació del nivell del *desempeño*<sup>2</sup> ocupacional (COPM-D), així com del nivell de *satisfacció*

---

<sup>2</sup> En català és "acompliment" ocupacional. Es fa referència a *desempeño* pel fet que l'instrument COPM

amb aquest acompliment (COPM-S) [10,11], sobre els problemes ocupacionals elegits per la pròpia persona. El valor que la COPM aporta a l'ER, és que reforça el model de pràctica centrada en el client, focalitzat en la relació de col·laboració usuari-professional, permetent dissenyar uns objectius assistencials i un pla d'intervenció congruent amb els valors, les necessitats i la identitat de cada individu [12–15].

La COPM és un instrument utilitzat per terapeutes ocupacionals i equips multidisciplinaris de tot el món [11,12,16]. Les seves propietats psicomètriques han estat àmpliament estudiades amb resultats satisfactoris en diferents tipus d'usuaris i serveis de salut [13,17]. S'han aportat evidències de validesa, fiabilitat i sensibilitat al canvi en adults majors amb diferents diagnòstics, com l'ictus [16], la depressió [18], la fractura del maluc [19], l'osteoartritis [20-21], el dolor crònic [22,23] i les malalties reumàtiques [21,24–26]. També, s'han aportat resultats satisfactoris en els serveis de rehabilitació [27,28]. Tot i que nombrosos estudis justifiquen les bones propietats psicomètriques de la COPM, existeixen una sèrie d'aspectes d'aquest instrument que no s'han abordat, o que els seus resultats no són del tot clars.

Si bé, alguns estudis fan referència a la validesa de criteri de les puntuacions COPM [23,29,30], les evidències que aporten no serien interpretables en termes de relació prova i criteri, en el sentit definit pels estàndards psicomètrics [31]. No obstant això, aporten altres evidències de validesa, basades en l'estudi de la xarxa de relacions esperades entre les puntuacions COPM i altres mesures de constructes i variables. En aquest sentit, els indicadors de funcionalitat i del constructe de qualitat de vida relacionada amb la salut, han estat prèviament justificats per estudiar la validesa convergent de les puntuacions COPM [13,19,32–34]. Dos dels instruments àmpliament utilitzats pels professionals de la salut per a l'avaluació clínica de la funcionalitat són, l'Índex de Barthel (IB) [35], i el *Lawton Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) [36]. Els resultats obtinguts mostren una major associació entre els criteris de funcionalitat de la COPM-D i l'escala IADL ( $r=.55$ ) que amb IB ( $r=.22$ ) [19,32]. Respecte al constructe de qualitat de vida relacionada amb la

---

salut, s'han aportat evidències de validesa convergent estudiant la relació entre la COPM i les puntuacions EuroQol-D5 [37]. En aquests estudis, s'ha observat una major relació entre la COPM-D, la dimensió relacionada amb les activitats diàries ( $r=-.35-.36$ ), i amb la percepció de la salut global ( $r=.23-.27$ ) [26,33]. Aquests resultats són coherents amb la relació esperada entre constructes. En contraposició al que succeeix quan es consideren els constructes funcionalitat i qualitat de vida relacionada amb la salut, és escassa l'evidència de validesa de la COPM en relació amb la percepció d'atenció centrada percebuda per part de la persona que rep la intervenció en rehabilitació. Per omplir aquest buit, en l'estudi actual hem utilitzat la versió espanyola del *Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente* (CCRQ-e) [38].

Segons les seves autores, la COPM està dissenyada per ser aplicada a persones amb diferents nivells de desenvolupament i tipus d'incapacitat, i el manual no estableix restriccions d'ús. En funció del nivell educatiu [11]. No obstant això, diferents estudis fan referència a la dificultat d'administrar la COPM a persones adultes majors amb dèficits cognitius o amb dificultats en la comprensió [10,13,39]. El nivell educatiu de les persones s'ha relacionat amb variacions en el temps d'administració [40], però segons el marc teòric de la COPM seria d'esperar que les puntuacions de *desempeño* i *satisfacción* no estiguin relacionades amb el nivell educatiu. Pel que fa a la relació entre la COPM i el problema de base que origina la intervenció de rehabilitació, s'han detectat diferències tant en la puntuació de *desempeño* i *satisfacción*, com en la prioritització d'objectius en algunes de les àrees d'acompliment ocupacional [21,40–44]. Per exemple, es va observar que en grups d'usuaris que havien tingut un accident vascular cerebral, les puntuacions de COPM eren més altes que en usuaris d'un servei de trauma [45]; o que les puntuacions de COPM-S eren més altes en alguns grups de diagnòstics [46], així com els adults majors amb depressió van identificar més problemes d'acompliment que els adults majors sense depressió [18]. Alguns autors atribueixen aquestes diferències a l'edat o el tipus de servei, a més del problema de base diagnosticat [18,33,45,46].



En termes de fiabilitat, només hem trobat un estudi amb adults majors que proporciona evidència de la fiabilitat *test-retest* amb resultats satisfactoris en les puntuacions de la COPM en rehabilitació ( $r \geq 0.80$ ) [47]. Altres estudis han inclòs adults i adults majors amb diferents diagnòstics [24,25,32,48-51], obtenint estabilitat moderada per als problemes identificats, i una alta estabilitat per a les puntuacions de *desempeño* i *satisfacción* [24,25,32,47,48,50].

Pel que fa a la sensibilitat al canvi, el procediment d'aplicació de la COPM està dissenyat per detectar el canvi percebut pel client en el seu acompliment i satisfacció després de la intervenció, en comparació amb l'inici, tenint en compte que cada intervenció es planifica de manera individualitzada i guiada per a les activitats diàries que són rellevants per a cada persona. El manual original de COPM indica que una puntuació de canvi de 2,0 punts o més (sobre 9) entre la mesura d'avaluació i revaluació es considera un canvi clínicament important [10]. Aquest criteri s'ha utilitzat en múltiples estudis per avaluar la sensibilitat de les puntuacions de la COPM en adults majors, amb resultats satisfactoris en la majoria dels casos [20,26,29,42,44]. No obstant això, aquests estudis no presenten una hipòtesi clara sobre el canvi esperable en l'acompliment percebut per part de l'adult major que realitza una rehabilitació encaminada bàsicament al manteniment, que és la que predomina en les residències a Espanya. Entre els treballs de recerca que han estudiat la sensibilitat al canvi en les puntuacions de la COPM, s'ha utilitzat el terme "construct responsiveness" per designar el nivell de relació entre el canvi en les puntuacions de la COPM i el canvi en altres mesures [22,52]. En aquest sentit, la COPM-D ha mostrat correlacions significatives amb els dominis d'altres instruments relacionats amb les activitats, i no amb els dominis relacionats amb la discapacitat i el comportament social o emocional [52].

Segons el nostre coneixement, les propietats psicomètriques de la versió espanyola de la COPM només s'han analitzat en un estudi realitzat amb persones amb osteoartritis metacarpiana, obtenint resultats satisfactoris [20]. Així les coses, l'objectiu d'aquest estudi és proporcionar evidències de validesa, fiabilitat i sensibilitat al canvi de les puntuacions de la versió espanyola de

---

la COPM, en adults majors ingressats en centres socio-sanitaris i residències, que són tractats per un ER. Utilitzant els estàndards psicòmètrics [31] com a guia, es va examinar la validesa basada en la relació de les puntuacions COPM-D i COPM-S amb altres variables. Específicament es va estudiar: (1a) la relació convergent amb la funcionalitat, amb la percepció de l'usuari d'haver rebut una pràctica centrada en la persona durant el seu procés de rehabilitació, i amb aquells aspectes de la qualitat de vida relacionada amb la salut més vinculats als dominis d'activitat; (1b) respecte a la funcionalitat, també es va analitzar si les puntuacions inicials de COPM incrementaven, de manera significativa, el percentatge de variabilitat explicat de l'estat funcional posterior a la intervenció de l'ER, tenint en compte el tipus de centre de salut (socio-sanitari o residència) i la percepció global de salut; i (2) la relació amb l'edat dels usuaris; el tipus de centre, el grup diagnòstic i el nivell educatiu. Més concretament, esperàvem diferències en les puntuacions de la COPM entre els grups de diagnòstic i el tipus de centre, mentre que no esperàvem trobar diferències relacionades amb l'edat i el nivell educatiu. En termes de fiabilitat, vàrem estudiar l'estabilitat temporal tant dels problemes prioritaris, com de les puntuacions COPM-D i COPM-S. Finalment, pel que fa a la sensibilitat al canvi, vàrem estudiar la capacitat de la COPM per captar canvis en el procés rehabilitador segons el tipus de centre, així com la relació entre canvis en les puntuacions de la COPM i canvis en funcionalitat.

### **Mètode**

Es tracta d'un estudi quantitatiu multicèntric. En el disseny d'aquesta recerca, un aspecte prioritari ha estat minimitzar la disrupció del funcionament habitual dels centres participants, i aportar valor mitjançant la formació dels professionals. Considerem que preservar la validesa ecològica en aquest tipus d'estudis, a més de ser un aspecte rellevant per la qualitat metodològica ho és també pel que fa als aspectes ètics de la recerca.

### ***Participants***

Els participants d'aquest estudi van ser contactats a partir de 17 centres, nou centres socio-sanitaris i vuit residències, a Catalunya, Espanya. Els participants elegibles van ser: (1) adults majors dels serveis de rehabilitació, usuaris d'aquestes instal·lacions per primera vegada, i (2) majors de 60 anys en el moment de l'estudi. Es van revisar totes les seves històries clíniques i es van entrevistar amb la finalitat d'avaluar els següents criteris d'exclusió: (1) usuaris amb una situació de salut general greu i que no podien descriure sentiments i pensaments, (2) tenir una puntuació inferior a 20 en el *Mini-Mental State Examination*, (3) usuaris diagnosticats com a mèdics/psiquiàtricament inestables, (4) una previsió de tractament de menys d'una setmana, i (5) problemes d'acompliment ocupacional que no s'havien descrit o prioritzat en l'entrevista inicial. L'estudi es va dur a terme d'acord amb els principis de la Declaració de Hèlsinki i va ser aprovat pel Comitè d'Ètica de Recerca Clínica (CREC) del Consorci Sanitari de Terrassa, amb resolució a data de 18 de juliol de 2016. La mostra d'estudi es compon de 172 participants, i la distribució per gènere, edat, tipus de centre assistencial i grup diagnòstic es mostra a la secció superior de la taula 1.

Per estudi de la fiabilitat test-retest de la COPM, el procés de selecció dels participants per la submostra va ser: (1) que en sis dies després de l'avaluació inicial, hi hauria un membre de l'ER del centre, format amb la COPM, diferent del que va dur a terme l'avaluació inicial del pacient, per tal de tornar a aplicar els tres primers passos establerts en el manual de la COPM [11]; i (2) que la disponibilitat d'aquest professional fos compatible amb un moment en què la sessió de rehabilitació prevista del pacient podria ser posposada. La submostra estava formada per 31 adults majors. Es va comprovar que la distribució de les variables de gènere, edat, tipus de centre assistencial i grup diagnòstic no mostrés diferències estadísticament significatives en comparació amb la distribució observada en la mostra d'estudi global ( $p \geq .171$ ).

---

### ***Instruments***

#### *Canadian Occupational Performance Measure (COMP) [9]*

Es va utilitzar la traducció oficial al castellà de la COPM [11]. La COPM s'administra com una entrevista semiestructurada amb el client, amb la finalitat d'identificar i qualificar els seus problemes d'acompliment ocupacional en les tres àrees de *performance/desempeño* o *acompliment ocupacional*, i tres categories ocupacionals: *autocuidado (cuidado personal, movilidad funcional y gestión comunitaria)*, *productividad (trabajo remunerado/no remunerado, manejo del hogar y juego/escuela)*, i *ocio (recreación tranquila, recreación activa y socialización)*. La COPM s'administra en quatre passos. En el primer pas, el client identifica els problemes d'acompliment ocupacional que són importants per a ell. En el segon pas, el client determina el grau d'importància de cada problema utilitzant una escala visual analògica (EVA) de l'1 al 10 (màxima importància). En el tercer pas, després de confirmar una prioritització de fins a cinc problemes, el client qualifica el seu *Desempeño* i *Satisfacción* per a cada un d'ells, utilitzant una puntuació EVA de l'1 al 10 (màxim *desempeño/satisfacción*). Seguidament es calcula la mitjana de les puntuacions de *desempeño* (COPM-D) i *satisfacción* (COPM-S), donada als problemes identificats. El pas final és la revaluació, que implica que el client torni a qualificar el seu nivell de *desempeño* i *satisfacción* després de la intervenció. Això ens permet definir les puntuacions de canvi respectives, en termes de l'acompliment ocupacional percebut [9,11].

#### *Índex de Barthel (IB) [35]*

Es va utilitzar la versió espanyola validada per Baztán et al. [53]. El IB és administrat per un professional per tal d'avaluar la capacitat d'una persona per realitzar de forma dependent o independent les activitats de la vida diària: *comer, movilidad de la silla a la cama, el aseo personal, uso del retrete, bañar-se, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control urinario y intestinal*. Cada element es pot qualificar amb una puntuació de: 0 (*dependiente*), 5 (*necesita ayuda*), 10 (*independiente*), amb l'excepció de l'activitat de mobilitat de

la cadira al llit i desplaçar-se, que inclou una puntuació addicional per identificar els diferents nivells d'ajuda donats. La puntuació total va de 0 (*dependiente*) a 100 (*independiente*). El IB és àmpliament utilitzat pels equips de rehabilitació i forma part de la sèrie d'instruments d'avaluació ja utilitzats en els centres estudiats. L'alfa de Cronbach pel IB oscil·la entre .86 i .92 [54].

#### *Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) [36]*

Es va utilitzar la versió espanyola validada per Vergara et al. [55]. El IADL és administrat per un professional per avaluar la capacitat funcional de la persona a través de vuit ítems: *capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidado de la casa, lavado de la roba, utilización del transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de la economía*. Cada ítem té un valor numèric de: 0 (*dependiente*) o 1 (*independiente*). La puntuació total és la suma de les respostes de tots els elements i pot variar de 0 (*màxima dependencia*) a 8 (*independencia total*). El IADL és àmpliament utilitzat entre els equips de rehabilitació i forma part de la sèrie d'instruments d'avaluació ja utilitzats en els centres estudiats. L'alfa de Cronbach de la versió espanyola és de .94 [55,56].

#### *Questionari EuroQol-D5 (EQ-5D-3L) [37]*

Es va utilitzar la versió espanyola [57]. El EQ-5D-3L és un instrument estandaritzat utilitzat per avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut. Engloba un sistema descriptiu amb cinc dimensions (EQ-5D): *Mobilidad, Autocuidado, Actividades cotidianas, Dolor/Malestar i Ansiedad/Depresión*. S'avaluen tres nivells de gravetat per a cada dimensió (1 = *sin problemas*; 2 = *algunos problemas*; 3 = *problemas extremos*). A més, inclou una escala visual analògica d'EQ (EQ-VAS) utilitzada per obtenir la percepció general de salut amb un format que va des de "*La mejor salud que usted se pueda imaginar*" (10) a "*La peor salud que usted se pueda imaginar*" (0). La EQ-5D-3L ha mostrat evidències de validesa en relació amb variables sociodemogràfiques

i

---

amb l'estat de salut, a més de mostrar també una consistència interna acceptable (Cronbach  $\alpha$  entre .70 i .95) [37,57–59].

*Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente (CCRQ-e)* [60]

Es va utilitzar la versió adaptada al castellà [38]. El CCRQ-e és un qüestionari que avalua el grau de percepció d'haver rebut una pràctica centrada en el client durant el procés de rehabilitació. La versió espanyola es compon de 29 ítems distribuïts en les següents set dimensions: *toma de decisiones* (6 ítems), *educación* (3 ítems), *evaluación de resultados* (4 ítems), *implicación de la familia* (5 ítems), *soporte emocional* (4 ítems), *continuidad* (3 ítems), y *confort físico* (4 ítems). Els ítems van ser contestats en una escala Likert de 5 punts (*1 = muy de acuerdo; 2 = de acuerdo; 3 = ni acuerdo ni desacuerdo; 4 = desacuerdo; 5 = muy en desacuerdo*), més una opció de resposta per a «*No aplica*» (0). Les puntuacions més baixes corresponen a una percepció més alta d'haver rebut una atenció centrada en el client. Tant en la versió original, en la versió espanyola, la  $\alpha$  de Cronbach oscil·lava entre .64 i .85 i en la mostra actual oscil·lava entre .66 i .81.

### ***Procediment***

A l'inici de l'estudi, es va formar en l'ús de la COPM a 21 terapeutes ocupacionals i nou fisioterapeutes dels equips de rehabilitació dels 17 centres participants. Aquesta formació professional en l'ús de COPM es va estendre al llarg de 12 mesos. L'entrenament en l'ús de la COPM per part d'aquests professionals es descriu en un treball previ [61]. Aquests professionals

contactaren amb els usuaris dels seus centres que complien els criteris d'elegibilitat. Els autors no pertanyien a cap aquests centres, ni com a terapeutes ocupacionals ni com a fisioterapeutes.

Tots els centres van acordar donar suport a l'estudi prèviament, i tots els participants van proporcionar el consentiment informat per escrit. La informació sociodemogràfica i clínica dels participants es va recollir dels registres de serveis.

L'estudi va incloure tres fases de recollida de dades realitzades per l'ER de cada centre: inicial, retest (màxim cinc dies després de la primera avaluació per a una submostra), i revaluació (màxim sis mesos després de la primera avaluació). Les seves característiques principals eren:

- Avaluació inicial: Es van administrar la COPM, IB, IADL i EQ-5D-3L.
- Retest: un professional de l'ER administra la COPM de nou a 31 participants dins la mateixa setmana, repetint el procés d'identificació i de prioritització de problemes, i el procés de puntuació de desempeñ (COPM-D) i satisfacció (COPM-S). Els clients no van rebre cap intervenció entre les dues sessions. No es va donar cap informació sobre els resultats de l'avaluació inicial, ni al professional responsable de l'avaluació ni al client.
- Intervenció: En tots els casos, la intervenció de rehabilitació es va dirigir i individualitzar d'acord amb els criteris d'atenció centrats en el client establerts per la COPM.
- Revaluació: el client i el mateix membre de l'ER que va dur a terme la valoració inicial, va realitzar la revaluació després de la intervenció, que va incloure l'administració de la COPM, IB, IADL, EQ-5D-3L, i també el CCRQ.

Com ja s'ha esmentat, l'única avaluació addicional que els participants van completar com a part de la seva participació en l'estudi va ser la COPM i el CCRQ. Tot el període de recollida de dades va durar vuit mesos.

---

### *Anàlisi de dades*

Amb finalitats d'explorar la validesa es van dur a terme les següents anàlisis estadístiques: (1) correlacions de Pearson per avaluar les relacions entre les puntuacions COPM i IB, IADL, EQ-5D-3L i CCRQ; (2) anàlisi de la variància univariant (ANOVA) per analitzar les diferències en les puntuacions COPM entre els diferents grups - edat, nivell d'educació, diagnòstic i tipus de centre assistencial - amb les proves de Brown-Forsythe, Sheffé o Tamhane quan era necessari; (3) models de regressió lineal jeràrquica per determinar si les puntuacions inicials COPM incrementaven significativament el percentatge de variabilitat explicat de l'avaluació funcional (IB i IADL) en el moment de la revaluació, tenint en compte el tipus de centre assistencial i la percepció global de salut (EQ-VAS).

El test-retest dels resultats de la COPM va ser analitzat utilitzant la kappa de Cohen per a la prioritització de problemes i correlacions, rho de Spearman per a les puntuacions COPM-D i COPM-S, aquest últim coeficient a causa de la baixa mida de la submostra ( $n = 31$ ) i el resultat de la prova de normalitat Shapiro-Wilk.

Pel que fa a la sensibilitat al canvi, es va aplicar una prova t-test de mesures repetides per analitzar els canvis en l'acompliment ocupacional i la satisfacció percebuda entre les puntuacions d'avaluació inicial i la revaluació posterior a la intervenció. En segon lloc, es van comparar els canvis esmentats en funció del tipus de centre (centre sociosanitari i residència) usant una prova t-test per mostres independents. En tercer lloc, es va usar la correlació de Pearson per estudiar la relació entre els canvis en la COPM i els canvis en IB, i IADL. El nivell crític de la significació estadística es va establir a  $p < 0.05$ . Les anàlisis es van realitzar utilitzant SPSS versió 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Les següents propostes s'han utilitzat com a llindars d'orientació per interpretar la magnitud de les relacions estudiades. Sobre la base de les directrius de Cohen (1988), un coeficient de correlació de 0,1, 0,3 i 0,5 es va interpretar com a representació d'una associació petita, mitjana i gran, respectivament. També d'acord amb les directrius de Cohen (1988), un valor



$d$  de 0.2, 0.5 i 0.8 per a les comparacions de mitjanes es va interpretar com a representació d'una mida d'efecte petit, mitjà i gran, respectivament. El grau d'acord per a mesures categòriques es va avaluar utilitzant els criteris següents [62]: els valors kappa de 0 a 0.2, 0.21 a 0.40, 0.41 a 0.60, 0.61 a 0.80 i 0.81 a 1, es van interpretar com un acord lleuger, just, moderat, substancial i excel·lent, respectivament.

## **Resultats**

Es van obtenir dades completes de 172 usuaris. Les puntuacions dels instruments administrats a l'inici de l'estudi es resumeixen en la secció inferior de la taula 1.

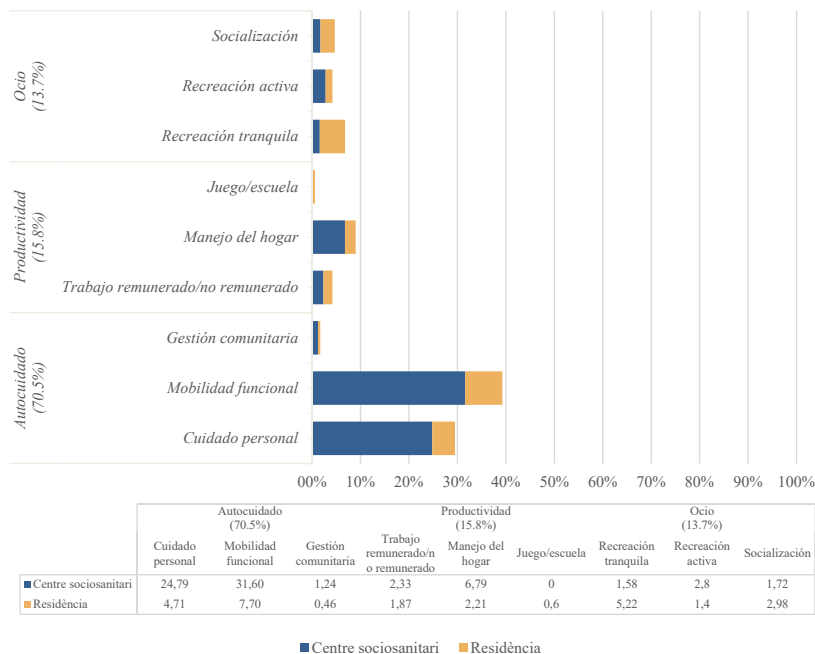
Els participants van descriure i prioritzar un total de 637 problemes d'acompliment ocupacional. La seva distribució es mostra a la figura 1, tenint en compte el tipus de centre. En relació amb el nombre de problemes identificats per persona, es va obtenir una mitjana de 4.07 (SD= 1.11) entre els usuaris dels centres socio-sanitaris i una mitjana de 2,98 (SD=1,44) a les residències.

Taula 1. Demogràfics i avaluació inicial

Mesura		Total participants (N = 172)	Centre sociosanitari (n = 114, 66.3%)	Residència (n = 58, 33.7%)
Categoria: n (%)				
Gènere	Femení	112 (65.1)	66 (57.9)	46 (79.3)
	Masculí	60 (34.9)	48 (42.1)	12 (20.7)
Grup d'edat (anys)	60-79	79 (45.9)	63 (55.3)	16 (27.6)
	≥ 80	93 (54.1)	51 (44.7)	42 (72.4)
Nivell educatiu	Menys que estudis primaris	65 (37.8)	38 (33.3)	27 (46.6)
	Primària	69 (40.1)	49 (43.0)	20 (34.5)
	Secundària	30 (17.4)	21 (18.4)	9 (15.5)
	Universitat	8 (4.7)	6 (5.3)	2 (3.4)
Grup diagnòstic	Neurorehabilitació	57 (33.1)	45 (39.5)	12 (20.7)
	Trauma	61 (35.5)	54 (47.4)	7 (12.1)
	Complex	26 (15.1)	12 (10.5)	14 (24.1)
	RHB funcional geriàtrica	28 (16.3)	3 (2.6)	25 (43.1)
Quantitatiu (rang): M (DE)				
Edat (anys)		79.36 (9.70)	76.77 (9.31)	84.45 (8.44)
COPM-D (1-10)		3.49 (1.96)	2.88 (1.60)	4.69 (2.07)
COPM-S (1-10)		4.01 (2.53)	2.96 (1.73)	6.07 (2.60)
Índex Barthel (0-100)		57.06 (24.85)	49.78 (22.8)	71.36 (22.3)
Lawton IADL (0-8)		6.44 (1.88)	2.11 (1.57)	2.90 (2.29)
EQ-5D-3L <i>Mobilidad</i> (1-3)		2.22 (0.51)	2.34 (0.47)	1.98 (0.51)
EQ-5D-3L <i>Autocuidado</i> (1-3)		2.09 (0.60)	2.21 (0.57)	1.86 (0.60)
EQ-5D-3L <i>Actividades</i> (1-3)		2.30 (0.67)	2.49 (0.56)	1.91 (0.70)
EQ-5D-3L <i>Dolor</i> (1-3)		1.88 (0.42)	1.89 (0.45)	1.86 (0.34)
EQ-5D-3L <i>Ansiedad</i> (1-3)		1.72 (0.51)	1.75 (0.52)	1.64 (0.48)
EQ-VAS (0-10)		4.76 (2.03)	4.17 (1.87)	5.93 (1.84)

COPM-D: *Canadian Occupational Performance Measure - Desempeño*; COPM-S: *Canadian Occupational Performance Measure - Satisfacción*; IADL: *Lawton Instrumental Activities of Daily Life*; EQ-5D-3L: *EuroQol-cinco dimensiones-tres niveles questionnaire*; EQ VAS: *EQ visual analogue scale*.

Figura 1: Distribució percentual dels problemes prioritzats per per àrees d'acompliment ocupacional de la COPM i tipus de centre.



### Evidències de validesa basada amb la relació amb altres variables

La taula 2 mostra proves de validesa convergent per a les diferents mesures recollides simultàniament. El patró de correlacions era similar per a les puntuacions COPM-D i COPM-S: alt o moderat amb IB, IADL, les dimensions EQ-5D-3L de *movilidad*, *autocuidado*, *actividades cotidianas*, *ansiedad*, i EQ-VAS índex general de salut, i *evaluación de resultados* del CCRQ; i baix o gairebé nul amb la dimensió *dolor* del EQ-5D-3L i les dimensions *implicación de la familia* i *continuidad* del CCRQ.

Taula 2. Correlacions entre la COPM i altres mesures

	COPM-D	COPM-S
Índex Barthel <sup>(a)</sup>	.43**	.50**
Lawton IADL <sup>(a)</sup>	.34**	.32**
EQ-5D-3L <i>Mobilitat</i> <sup>(a)</sup>	-.40**	-.50**
EQ-5D-3L <i>Autocuidado</i> <sup>(a)</sup>	-.48**	-.49**
EQ-5D-3L <i>Actividades cotidianas</i> <sup>(a)</sup>	-.47**	-.46**
EQ-5D-3L <i>Dolor</i> <sup>(a)</sup>	-.01	-.03
EQ-5D-3L <i>Ansiedad</i> <sup>(a)</sup>	-.21*	-.32**
EQ-VAS <sup>(a)</sup>	.41**	.47**
CCRQ <i>Toma de decisiones</i> <sup>(b)</sup>	-.21*	-.23**
CCRQ <i>Educación</i> <sup>(b)</sup>	-.21*	-.26**
CCRQ <i>Evaluación resultados</i> <sup>(b)</sup>	-.32**	-.37**
CCRQ <i>Implicación familia</i> <sup>(b)</sup>	-.13	-.10
CCRQ <i>Soporte emocional</i> <sup>(b)</sup>	-.16*	-.19*
CCRQ <i>Confort físico</i> <sup>(b)</sup>	-.18*	-.24*
CCRQ <i>Continuidad</i> <sup>(b)</sup>	-.07	-.14
CCRQ total (exclou <i>Implicación familia</i> ) <sup>(b)</sup>	-.27**	-.31**

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

<sup>(a)</sup>Correlacions entre puntuacions COPM (COPM-D i COPM-S) i puntuacions IB, IADL, EQ-5D-3L i EQ-VAS obtingudes en el moment inicial.

<sup>(b)</sup>Correlacions entre puntuacions COPM (COPM-D i COPM-S) i puntuacions CCRQ obtingudes en la revaluació.

COPM-D: *Canadian Occupational Performance Measure - Desempeño*; COPM-S: *Canadian Occupational Performance Measure - Satisfacción*; IADL: *Lawton Instrumental Activities of Daily Life*; EQ-5D-3L: *EuroQol-cinco dimensiones-tres niveles questionnaire*; EQ VAS: *EQ visual analogue scale*; CCRQ: *Cuestionario de rehabilitación centrado en el cliente*.

La taula 3 mostra els resultats de les quatre anàlisis de regressió jeràrquica. Els descobriments eren similars en els quatre models, amb només petites diferències. Després de comptar amb el tipus de centre d'atenció en el primer pas, el EQ-VAS no va produir un canvi significatiu en la variància explicada de la puntuació funcional (pas dos). No obstant això, quan es va introduir la puntuació COPM en el tercer pas, es va aportar un canvi significatiu en la variància explicada de la puntuació funcional. No obstant això, el percentatge total de variabilitat explicat per la puntuació funcional dels quatre models finals era baix (al voltant de 0.09).

La taula 4 mostra evidències de validesa respecte a la xarxa de relacions entre les puntuacions de la COPM i altres variables demogràfiques i clíniques. No es van observar diferències estadísticament significatives entre les puntuacions inicials de COPM-D i COPM-S per l'edat i nivell educatiu. No obstant això, hi havia diferències estadísticament significatives pel que fa al grup diagnòstic i el tipus de centre. Pel que fa al grup diagnòstic, tant la COPM-D com la COPM-S, en la rehabilitació funcional geriàtrica van ser significativament més altes que en els grups de trauma i neurorehabilitació. Pel que fa al tipus de centre, tant la COPM-D com la COPM-S, foren més altes a les residències que als centres socio-sanitaris.

#### ***Test-retest dels problemes prioritzats i les puntuacions COPM***

Considerant només les dades proporcionades per la submostra ( $n = 31$ ), van ser identificats 127 problemes d'acompliment ocupacional durant l'entrevista inicial amb la COPM, i 123 durant el retest amb la COPM. El 81% dels pacients prioritzaven el mateix problema (*autocuidado* 32% i la *mobilitat funcional* 48%). Els valors de Kappa de Cohen que valoren el test-retest de cadascun dels cinc problemes, variaven de 0,67 a 0,86 (tots els valors ( $p < .001$ )). A més, els coeficients de correlació rho de Spearman del test-retest va ser de 0,88 ( $p < .001$ ) a les puntuacions de *desempeño* i de 0,86 ( $p < .001$ ) per a les puntuacions de satisfacció.

Taula 3. Resum dels models de regressió jeràrquica

Crítteri (revaluació)	Predictors (avaluació inicial)	Beta	Total R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
Índex de Barthel	Tipus de centre	-.22*	.046	-
	Tipus de centre	-.21*		
	EQ-VAS	-.01	.046	.000
	Tipus de centre	-.28*		
	EQ-VAS	-.07		
	COPM-D	.21*	.078	.032*
Lawton IADL	Tipus de centre	-.21*	.045	-
	Tipus de centre	-.21*		
	EQ-VAS	-.02	.045	.000
	Tipus de centre	-.29*		
	EQ-VAS	-.09		
	COPM-D	.26*	.095	.049*
Índex de Barthel	Tipus de centre	-.22*	.046	-
	Tipus de centre	-.21*		
	EQ-VAS	-.01	.046	.000
	Tipus de centre	-.32*		
	EQ-VAS	-.07		
	COPM-S	.23*	.077	.031*
Lawton IADL	Tipus de centre	-.21*	.045	-
	Tipus de centre	-.21*		
	EQ-VAS	-.02	.045	.000
	Tipus de centre	-.34*		
	EQ-VAS	-.09		
	COPM-S	.27*	.090	.045*

Nota: Beta coeficients estandaritzats presentats com a predictors. \* $p < .05$ .

Tipus de centre: Centre sociosanitari o residència; IADL: *Lawton Instrumental Activities of Daily Life*; EQ VAS: *EQ visual analogue scale*; COPM-D: *Canadian Occupational Performance Measure-Desempeño*; COPM-S: *Canadian Occupational Performance Measure- Satisfacción*.

Taula 4. Evidències de validesa basades en la relació amb altres variables

Variable	Nivells	Descriptius <i>M (DE)</i>	ANOVA			
			<i>F (p)</i>	Contrasts		
COPM-D	Edat	60-79	3.21 (1.62)	3.30 <sup>(a)</sup> (.071)		
		>80	3.74 (2.19)			
	Nivell educatiu	Menys que primària	3.39 (1.99)	1.01 (.391)		
		Primària	3.73 (1.96)			
		Secundària	3.06 (1.79)			
		Universitari	3.92 (2.36)			
	Grup diagnòstic	Neurorehab. (N)	3.32 (1.86)	6.94 (<.001)		G > T, N <sup>(b)</sup>
		Trauma (T)	2.90 (1.78)			
		Complex (C)	3.87 (1.90)			
		RHB Geriatric (G)	4.78 (2.04)			
Tipus de centre	Centre socio-sanitari (S)	2.88 (1.60)	33.79 <sup>(a)</sup> (<.001)	S < N		
	Residència (N)	4.69 (2.07)				
COPM-S	Edat	60-79	3.83 (2.46)	0.68 (.409)		
		>80	4.16 (2.60)			
	Nivell educatiu	Menys que primària	3.89 (2.45)	0.55 (.651)		
		Primària	4.29 (2.57)			
		Secundària	3.75 (2.71)			
		Universitari	3.48 (2.31)			
	Grup diagnòstic	Neurorehab. (N)	3.54 (2.29)	7.87 (<.001)		G > T, N <sup>(c)</sup>
		Trauma (T)	3.32 (2.04)			
		Complex (C)	4.61 (2.81)			
		RHB Geriatric (G)	5.91 (2.75)			
	Tipus de centre	Centre socio-sanitari (S)	2.96 (1.73)	67.69 <sup>(a)</sup> (<.001)		S < N
		Residència (N)	6.07 (2.60)			

COPM-D: *Canadian Occupational Performance Measure – Desempeño*, puntuacions inicials; COPM-S: *Canadian Occupational Performance Measure - Satisfacción*, puntuacions inicials.

<sup>(a)</sup> Prova ANOVA de Brown-Forsythe ANOVA per rebuig del supòsit d'homogeneïtat de variàncies.

<sup>(b)</sup> Scheffè test: Diferències entre grups estadísticament significatives.

<sup>(c)</sup> Tamhane test: Diferències entre grups estadísticament significatives.

### ***Sensibilitat al canvi***

La taula 5 proporciona detalls de les diferències significatives entre les puntuacions inicials i de reavaluació de la COPM en ambdós tipus de centres d'atenció. Per a les comparacions en la submostra del centre socio-sanitari, el límit inferior de l'interval de confiança excedia el criteri de canvi pertinent a l'establert en el manual de la COPM (2 punts). A més, la diferència mitjana entre els usuaris dels centres socio-sanitaris i els usuaris de les residències era estadísticament significativa (COPM-D:  $t(170) = 7,85, p < .001$ ; COPM-S:  $t(170)$

= 6,77,  $p < .001$ ), amb una puntuació de canvi més alta observada entre els usuaris del centre sociosanitari (COPM-D  $d = 1,27$ ; COPM-S  $d = 1,09$ ).

Finalment, pel que fa als dos criteris de funcionalitat utilitzats (IB i IADL), la correlació entre les seves puntuacions de canvi (revaluació menys avaluació inicial) i el canvi en les puntuacions de la COPM va ser el següent: el canvi COPM-D i COPM-S va ser significatiu i altament correlacionat amb el canvi IB ( $r = .65$ ,  $p < .001$ ;  $r = .64$ ,  $p < .001$ ; respectivament) i en menor mesura amb el canvi IADL ( $r = .45$ ,  $p < .001$ ;  $r = .42$ ,  $p < .001$ ; respectivament).

Taula 5. Descriptius comparatius (*M* i *DE*) de la puntuació COPM, abans i després de la intervenció

		Avaluació inicial	Revaluació	Comparació (Revaluació – Avaluació inicial)		
				<i>t</i> ( <i>p</i> )	Mitjana de canvi (CI 95%)	<i>d</i> Cohen
Centre sociosanitari ( <i>n</i> = 114)	COPM-D	2.88 (1.60)	6.60 (2.11)	17.15 (<.001)	3.72 (3.28-4.14)	1.61
	COPM-S	2.96 (1.73)	6.75 (2.19)	16.04 (<.001)	3.79 (3.32-4.26)	1.50
Residència ( <i>n</i> = 58)	COPM-D	4.69 (2.07)	5.58 (1.91)	3.23 (.002)	0.89 (0.33-1.43)	0.42
	COPM-S	6.07 (2.60)	7.10 (2.32)	3.05 (.003)	1.03 (0.35-1.69)	0.40

COPM-D: *Canadian Occupational Performance Measure- Desempeño*; COPM-S: *Canadian Occupational Performance Measure- Satisfacción*

## Discussió

Els resultats de l'estudi recolzen els obtinguts en estudis anteriors que van explorar les propietats psicomètriques de les puntuacions de la COPM, en la rehabilitació d'adults majors. La prioritització observada en els problemes ocupacionals de l'àrea d'*autocuidado* (70,5%), està en línia amb estudis anteriors sobre la rehabilitació d'adults majors en hospitals [40–42,44] o en rehabilitació domiciliària d'adults majors [26]. De la mateixa manera, es poden observar



diferències per tipus de centre, tant en el nombre de problemes prioritzats com en les categories prioritzades [21,40,43]. El major nombre de problemes d'acompliment ocupacional a treballar entre els usuaris dels centres sociosanitaris, va ser en les categories *cuidado personal* i *mobilidad funcional*, mentre que a les residències es prioritzava la *mobilidad funcional*, la *recreación tranquila* i el *cuidado personal*; això es pot explicar tant per les característiques personals i del diagnòstic, com pels objectius que es treballa en de cada institució [26]. D'altra banda, i contràriament al que l'estudi Shawn i Richardson (2007) va suggerir [46], és rellevant destacar la baixa priorització de problemes en la categoria ocupacional "Manejo del hogar" en els clients del centre sociosanitari, atès que el principal objectiu de la rehabilitació és el retorn del client al domicili. En el nostre cas, sembla que aquest aspecte té més a veure amb les característiques dels propis serveis de rehabilitació, que amb el diagnòstic o les necessitats del client [4,7]. Tradicionalment, a Espanya, aquests serveis se centren més en la recuperació funcional de les activitats bàsiques d'autocura i poques vegades fan referència a les necessitats diàries de la persona en l'alta. De fet, molt pocs departaments de rehabilitació tenen àrees dedicades a la simulació i entrenament en les activitats instrumentals de la vida diària.

La validesa de les puntuacions COPM s'ha examinat correlacionant-les amb puntuacions funcionals que tenen com a objectiu mesurar constructes específics vinculats a la salut i la funcionalitat [13,16,19,26,32-34,45]. En aquest sentit, el nostre estudi també va trobar correlacions significatives entre la COPM i les puntuacions funcionals (IB, IADL) i EQ-5D-3L. A major percepció de *desempeño* i *satisfacción*, major capacitat funcional per a realitzar les activitats diàries. També es va obtenir una correlació més alta en les dimensions del EQ-5D-3L (*mobilidad*, *autocuidado* i *actividades cotidianas*) que estan associades amb els problemes prioritaris identificats pels clients en les àrees ocupacionals de la COPM (*mobilidad funcional* i *cuidado personal*). Les dades obtingudes en aquest estudi estan en línia amb l'estudi d'Enemark et al. [33], en el qual les dimensions d'*autocuidado* i *actividades cotidianas* del EQ-5D-3L

---

correlacionaven amb COPM-D, i el EQ-VAS correlacionava tant amb la COPM-D com amb la COPM-S. En aquest estudi, els autors tampoc no van trobar una correlació significativa amb la dimensió del *dolor*. D'altra banda, les correlacions de la COPM amb la dimensió d'*ansiedad* de la EQ-5D-3L podrien estar vinculades al baix estat d'ànim produït per la pèrdua de la condició de salut, com s'ha observat en altres estudis que utilitzen instruments que mesuren l'estat emocional [29,30,63].

En línia amb la idea que la COPM va ser creada per dur a terme una intervenció centrada en el client [10,11], una de les contribucions d'aquest estudi és abordar la seva convergència amb una mesura específica d'aquest constructe, com és el CCRQ [38]. Els resultats indiquen que com més altes siguin les puntuacions de *desempeño* i *satisfacción* de la COPM, més alta és la percepció d'haver rebut atenció centrada en el client en totes les dimensions del CCRQ, excepte les dimensions *continuidad* i *implicación familia*. Això pot ser degut a les característiques d'aquesta població, que es recupera de la seva pèrdua funcional i torna al seu domicili després de la rehabilitació, sense necessitat d'involucrar els seus familiars [64]. Val la pena destacar específicament, que la correlació entre les dimensions del CCRQ i COPM-S, podria indicar una associació positiva vinculada a una pràctica centrada en el client, que es planteja des de l'avaluació inicial i durant tota la intervenció en el servei de rehabilitació [65]. Seria interessant examinar aquesta hipòtesi en estudis posteriors en els quals la COPM no s'utilitza com a instrument per establir els objectius d'intervenció.

Un altre resultat interessant és el relacionat amb la contribució relativa de les puntuacions inicials de la COPM i EQ-VAS, a la predicció de l'avaluació funcional al final del període de rehabilitació. Després d'ajustar-se pel tipus de centre d'atenció, la contribució de les puntuacions de la COPM va ser més alta, que la contribució de la mesura de la salut general percebuda (és a dir, EQ-VAS). Aquests resultats s'han de tractar amb precaució, ja que la capacitat predictiva dels models de regressió era baixa. No obstant això, considerem que aquests resultats afegeixen

informació rellevant a la proporcionada per estudis anteriors, ja que estableixen una associació positiva entre les puntuacions de pre-intervenció de la COPM i la revaluació funcional al final [28,34,66]. La informació sobre si les puntuacions COPM són més predictives de les puntuacions funcionals dels usuaris, que les del EQ-VAS, ajudarien als terapeutes dels serveis de rehabilitació que utilitzen la COPM com a eina d'avaluació inicial i del resultat.

Pel que fa als aspectes clínics, el nostre estudi mostra diferències en les puntuacions de COPM segons el tipus de centre. Aquest fet podria explicar-se per les característiques i necessitats del tipus d'usuari que es tracta en aquest servei, i pels resultats obtinguts després de la intervenció. És lògic assumir que l'avaluació inicial del *desempeño* i la *satisfacción* seria menor en els usuaris que tenen patologies agudes i més incapacitants, que en les persones que presenten condicions de salut més cròniques [4,5,7,45].

La fiabilitat de les puntuacions COPM en termes de test-retest, en el nostre estudi, podria considerar-se excel·lent, tenint en compte l'interval de gairebé una setmana entre les mesures. Aquests resultats són coherents amb l'estudi dut a terme per Ataschi et al. [47] per les puntuacions de *desempeño* i *satisfacción* en adults majors, tant per l'estabilitat temporal dels problemes prioritaris, com pels valors satisfactoris de correlació test-retest. Alhora, els nostres resultats també estan alineats a altres estudis que inclouen població adulta i adulta major [24,25,32].

Pel que fa a la sensibilitat al canvi de 2 punts en la COPM com a criteri clínicament rellevant proposat per les autores [10], els resultats obtinguts en adults majors dels centres sociosanitaris superen clarament aquest criteri tant en el *desempeño* com en la *satisfacción*, igual que en altres estudis [29,41,44]. És coherent observar un canvi menor entre els usuaris de les residències, on es dona prioritat al manteniment de les capacitats funcionals i a la qualitat de vida amb aquesta població fràgil que presenten una major prevalença de diagnòstics complexos. Les evidències recolzen la possibilitat que aquest valor podria dependre de nombrosos factors, com el format de revaluació (puntuacions anteriors cegues) o les pròpies característiques de la mostra

---

(edat, diagnòstic o grau de discapacitat) [25,26,52], suggerint que la diferència en el canvi és més gran per diagnòstics que només estan relacionats amb problemes físics [41]. De la mateixa manera, els resultats de la diferència en aquests canvis són rellevants perquè és un indicador més de la sensibilitat de la mesura quan s'utilitza per avaluar l'acompliment i la satisfacció en diferents persones, diagnòstics i contextos [13,21,28].

A continuació es presenten les principals limitacions d'aquest estudi amb algunes consideracions metodològiques i proposades per al futur. En primer lloc, val la pena destacar el reduït tamany de la mostra per a estudiar la fiabilitat test-retest, bàsicament perquè un major nombre de participants hauria aportat dades més precises. En segon lloc, encara que la COPM es pot utilitzar amb totes les poblacions, excloem als participants amb problemes cognitius o amb una baixa consciència, per homogeneïtzar la mostra. Per tant, mentre que el nombre de centres i l'heterogeneïtat del grup podria donar suport a la representativitat de la mostra dels clients que utilitzen aquests serveis, al no incloure un marc de mostreig per a tots els clients de servei, els resultats no es poden extrapolar per a la població adulta en el seu conjunt. En tercer lloc, en l'equip multidisciplinari hi havia una diferència entre el nombre d'avaluadors que eren terapeutes ocupacionals i els que eren fisioterapeutes. En aquest sentit, l'objectiu de la formació prèvia era proporcionar homogeneïtat a l'administració d'avaluadors de la mesura [61]. No obstant això, es van respectar les recomanacions de les mateixes autores de la COPM, i d'estudis anteriors, tant pels criteris d'inclusió de la mostra com per la formació d'avaluadors [10,13,17]. Alhora, la metodologia de l'estudi s'ha adaptat al màxim a la realitat dels centres, amb l'objectiu de respectar la seva dinàmica habitual. Val la pena esmentar que la COPM és un instrument que es pot complementar amb altres instruments d'avaluació i planificació de les intervencions en salut, a més de poder ser utilitzat pels diferents professionals de l'ER [12,16,21]. Suggerim que posteriors estudis aprofundeixin en l'examen de la validesa convergent de les puntuacions de la COPM amb

noves mesures de qualitat i atenció centrada en persona amb altres poblacions amb edats i diagnòstics diferents, així com ampliar l'estudi a un entorn comunitari.

### **Conclusió**

Els resultats d'aquest estudi aporten evidències favorables per a l'ús de la COPM com a mesura d'avaluació i resultats centrada en el client, en adults majors que utilitzen els serveis de rehabilitació. Proporciona evidències de validesa basada en la relació amb altres variables i evidències de fiabilitat de test-retest. A més, també proporciona evidències relatives a la sensibilitat al canvi en les puntuacions, que donen suport a l'ús de la COPM com a mesura d'avaluació i resultats sensible, per a recollir els canvis que es produeixen després d'una intervenció en els serveis de rehabilitació. En resum, aquest estudi proporciona evidències sobre la qualitat de la COPM en una versió lingüística (castellà) que ha estat poc estudiada anteriorment, i, a més, és pioner en l'estudi de les propietats psicomètriques de la COPM en centres de salut espanyols que realitzen rehabilitació en adults majors.

### **Agraïments**

Els autors volen agrair la col·laboració dels participants, terapeutes ocupacionals i fisioterapeutes dels 20 centres sociosanitaris i residències de Catalunya per la seva implicació i participació activa. La primera i segona autora, agraeixen el suport del Departament de Recerca i Universitats de la Generalitat de Catalunya al Grup de Recerca i Innovació en Dissenys (GRID). Tecnologia i aplicació multimèdia i digital als dissenys observacionals (Codi: 2021 SGR 00718). A més, la segona autora agraeix el suport d'un projecte governamental espanyol *Integración entre datos observacionales y datos provenientes de sensores externos: Evolución del software LINCE PLUS y desarrollo de la aplicación móvil para la ptimización del deporte y la actividad física beneficiosa*

*para la salud [EXP.74847] (2023), Ministerio de Cultura y Deporte, Consejo Superior de Deportes i Unió Europea.*

**Declaració d'interessos**

Els autors declaren que no hi ha conflictes d'interessos pel que fa a la publicació d'aquest document.

## Referències

1. World Health Organization. Rehabilitation competency framework. Geneva: WHO; 2020.
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: 2020-2030. Geneva: WHO; 2020.
3. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015.
4. Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica [Occupational therapy in geriatrics: principles and practice]. 3rd ed. Barcelona: Masson; 2010.
5. Pozzi C, Lanzoni A, Graff MJL, Morandi A, editors. Occupational therapy for older people. Cham: Springer; 2020.
6. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Pascual A, et al. Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project at 15 years (2005). *J Pain Symptom Manage*. 2007 May;33(5):584–590.
7. CatSalut. Servei Català de la Salut. Atenció Socio-Sanitaria [Socio-health care] [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020 [cited 2023 Feb 3]. Available from: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-sociosanitaria/>
8. Boop C, Cahill SM, Davis C, et al. Occupational therapy practice framework: domain and process fourth edition. *Am J Occup Ther*. 2020 Aug 1 ;74(Supplement\_2):7412410010p1–7412410010p87.
9. Law M, Baptiste S, McColl M, et al. The Canadian Occupational Performance Measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther*. 1990;57(2):82–87.
10. Law M, Polatajko H, Pollock N, et al. Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: clinical and measurement issues. *Can J Occup Ther*. 1994;61(4):191–197.

- 
11. Law M, Baptiste S, Carswell A, et al. *Medida Canadiense de Desempeño de Funciones Ocupacionales*. 3rd ed. Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists; 2014.
  12. Enemark A, Carlsson G. Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scand J Occup Ther*. 2012;19(2):204–213.
  13. Parker DM, Sykes CH. A systematic review of the Canadian Occupational Performance Measure: a clinical practice perspective. *Br J Occup Ther*. 2006;69(4):150–160.
  14. Townsend EA, Polatajko H. *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007.
  15. Wilberforce M, Challis D, Davies L, et al. Person-centredness in the community care of older people: a literature-based concept synthesis. *Int J Soc Welf*. 2017;26(1):86–98.
  16. Yang SY, Lin CY, Lee YC, et al. The Canadian Occupational Performance Measure for patients with stroke: a systematic review. *J Phys Ther Sci*. 2017;29(3):548–555.
  17. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, et al. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Can J Occup Ther*. 2004;71(4):210–222.
  18. McNulty MC, Beplat AL. The validity of using the Canadian Occupational Performance Measure with older adults with and without depressive symptoms. *Phys Occup Ther Geriatr*. 2008;27(1):1–15.
  19. Edwards M, Baptiste S, Stratford PW, et al. Recovery after hip fracture: What can we learn from the Canadian Occupational Performance Measure? *Am J Occup Ther*. 2007;61(3):335–344.



20. Cantero-Tellez R, Villafañe JH, Medina-Porqueres I, et al. Convergent validity and responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure for the evaluation of therapeutic outcomes for patients with carpometacarpal osteoarthritis. *J Hand Ther.* 2021 Jul 1;34(3):439–445.
21. Kjekken I, Slatkowsky-Christensen B, Kvien TK, et al. Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: validity, responsiveness, and feasibility. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2004;51(5):709–715.
22. Nieuwenhuizen MG, Groot S De, Janssen TWJ, van Der Maas LCC, et al. Canadian Occupational Performance Measure performance scale: validity and responsiveness in chronic pain. *J Rehabil Res Dev.* 2014;51(5):727–746.
23. Rochman DL, Ray SA, Kulich RJ, et al. Validity and utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure in a craniofacial pain center. *OTJR (Thorofare N J).* 2008;28(1):4–11.
24. Kjekken I, Dagfinrud H, Uhlig T, et al. Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol.* 2005;32(8):1503–1509.
25. Spadaro A, Lubrano E, Massimiani MP, et al. Validity, responsiveness and feasibility of an Italian version of the Canadian Occupational Performance Measure for patients with ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol.* 2010;28(2):215–222.
26. Tuntland H, Aaslund MK, Langeland E, et al. Psychometric properties of the Canadian occupational performance measure in home-dwelling older adults. *J Multidisc Healthc.* 2016 Sep 1;9:411–423.
27. Stuber CJ, Nelson DL. Convergent validity of three occupational self-assessments. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2010;28(1):13–21.

- 
28. Thyer L, Brown T, Roe D. The validity of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) when used in a sub-acute rehabilitation setting with older adults. *Occup Ther Health Care*. 2018 Mar 26;32(2):137–53.
  29. Carpenter L, Baker G a, Tyldesley B. The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a pain management program. *Can J Occup Ther*. 2001;68(1):16–22.
  30. Harper K, Stalker CA, Templeton G. The use and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in a Posttraumatic Stress Program. *OTJR (Thorofare N J)*. 2006;26(2):45–55.
  31. American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education (NCME). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: AERA; 2014.
  32. Cup EH, Scholte op Reimer WJ, Thijssen MC, et al. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clin Rehabil*. 2003;17(4):402–409.
  33. Enemark A, Wehberg S, Christensen JR, Berardi A. The validity of the Danish version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Occup Ther Int*. 2020:1309104.
  34. Roe D, Brown T, Thyer L. Validity, responsiveness, and perceptions of clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure when used in a sub-acute setting. *Disabil Rehabil*. 2020 Sep 10;42(19):2772–2789.
  35. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61–65.
  36. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living 1. *Gerontologist*. 1969;9(3\_Part\_1, Autumn):179–186.

37. EuroQol Group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990 Dec;16(3):199–208.
38. Capdevila E, Rodríguez-Bailón M, Szot AC, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ). *Disabil Rehabil*. 2022;45(2):310–21.
39. Stevens A, Beurskens A, Köke A, et al. The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: A systematic review of available instruments and their feasibility. *Clin Rehabil*. 2013;27(11):1005–1019.
40. Chen YH, Rodger S, Polatjko H. Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occup Ther Int*. 2002;9(3):167–84.
41. Bodiam C. The Use of the Canadian Occupational Performance Measure for the assessment of outcome on a neurorehabilitation unit. *Br J Occup Ther*. 1999 Mar 5;62(3):123–126.
42. Donnelly C, O'Neill C, Bauer M, Letts L. Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in primary care: A profile of practice. *Am J Occup Ther*. 2017;71(6).
43. Enemark A, Morville A Le, Hansen T. Translating the Canadian Occupational Performance Measure to Danish, addressing face and content validity. *Scand J Occup Ther*. 2017;0(0):1–13.
44. Wressle E, Samuelsson K, Henriksson C. Responsiveness of the Swedish Version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Scand J Occup Ther*. 1999;6(2):84–89.
45. Chan CCH, Lee TMC. Validity of the Canadian Occupational Performance Measure. *Occup Ther Int*. 1997;4(3):229–247.
46. Phipps S, Richardson P. Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian occupational performance measure. *Am J Occup Ther*. 2007;61(3):328–334.

- 
47. Atashi, Shahram A, Mohammad H, Seyyed Ali H. Reliability of the Persian version of Canadian Occupational Performance Measure for Iranian elderly population. *Iran Rehabil J.* 2010;8(12):26–30.
  48. Bianchini E, Della Gatta F, Virgilio M, et al. Validation of the Canadian Occupational Performance Measure in Italian parkinson's disease clients. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2022;40(1):26–37.
  49. Chaves G de F dos S, Oliveira AM, Chaves JA dos S, et al. Assessment of impairment in activities of daily living in mild cognitive impairment using an individualized scale. *Arq Neuropsiquiatr.* 2016 Jul 1;74(7):549–554.
  50. Eyssen ICJM, Beelen A, Dedding C, et al. The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clin Rehabil.* 2005 Dec;19(8):888–894.
  51. Pan AW, Chung L, Hsin-Hwei G. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occup Ther Int.* 2003;10(4):269–277.
  52. Eyssen ICJM, Steultjens MPM, Oud TAM, et al. Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure. *J Rehabil Res Dev.* 2011;48(5):517–528.
  53. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, et al. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular [Barthel Index: valid instrument for the functional assessment of patients with cerebrovascular disease]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1993;28(1):32–40.
  54. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel [Evaluating physical incapacity: the Barthel Index]. *Rev Esp Salud Public.* 1997;71(2):127–137.

47. Atashi, Shahram A, Mohammad H, Seyyed Ali H. Reliability of the Persian version of Canadian Occupational Performance Measure for Iranian elderly population. *Iran Rehabil J.* 2010;8(12):26–30.
48. Bianchini E, Della Gatta F, Virgilio M, et al. Validation of the Canadian Occupational Performance Measure in Italian parkinson's disease clients. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2022;40(1):26–37.
49. Chaves G de F dos S, Oliveira AM, Chaves JA dos S, et al. Assessment of impairment in activities of daily living in mild cognitive impairment using an individualized scale. *Arq Neuropsiquiatr.* 2016 Jul 1;74(7):549–554.
50. Eyssen ICJM, Beelen A, Dedding C, et al. The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clin Rehabil.* 2005 Dec;19(8):888–894.
51. Pan AW, Chung L, Hsin-Hwei G. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occup Ther Int.* 2003;10(4):269–277.
52. Eyssen ICJM, Steultjens MPM, Oud TAM, et al. Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure. *J Rehabil Res Dev.* 2011;48(5):517–528.
53. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, et al. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular [Barthel Index: valid instrument for the functional assessment of patients with cerebrovascular disease]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1993;28(1):32–40.
54. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel [Evaluating physical incapacity: the Barthel Index]. *Rev Esp Salud Public.* 1997;71(2):127–137.

- 
55. Vergara I, Bilbao A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, et al. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:130.
  56. Trigás-Ferrín, M, Ferreira-González, L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano [Functional assessment scales in the elderly]. *Galicía Clínica*. 2011;72(1):11–16.
  57. Badia X. The Spanish version of the EuroQol: description and applications. *Med Clin (Barc)*. 1999;112 Suppl:79–85.
  58. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2015;28(6):425–429.
  59. Marti C, Hensler S, Herren DB, et al. Measurement properties of the EuroQoL EQ-5D-5L to assess quality of life in patients undergoing carpal tunnel release. *J Hand Surg Eur Vol*. 2016 Jul 18;41(9):957–962.
  60. Cott C a, Teare G, McGilton KS, et al. Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disabil Rehabil*. 2006;28(22):1387–1397.
  61. Capdevila E, Rodríguez-Bailón M, Kapanadze M, et al. Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in older adult rehabilitation and nursing homes: perceptions among Occupational Therapists and Physiotherapists in Spain. *Occup Ther Int*. 2020;2020(3071405).
  62. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*. 1977 Mar;33(1):159.
  63. Jenkinson N, Ownsworth T, Shum D. Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in community-based brain injury rehabilitation. *Brain injury*. 2007;21(12):1283–1294.

64. Hansen AØ, Kristensen HK, Cederlund R. eClient-centred practice from the perspective of Danish patients with hand-related disorders. *Disabil Rehabil.* 2018;40(13):1542–1552.
65. Dedding C, Cardol M, Eyssen ICJM, et al. Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clin Rehabil.* 2004 Sep;18(6):660–667.
66. Simmons DC, Crepeau EB, White BP. The predictive power of narrative data in occupational therapy evaluation. *Am J Occup Ther.* 2000;54(5):471–476.

### **Implicacions per a la rehabilitació**

- Aporta evidències de validesa, fiabilitat i sensibilitat al canvi de les puntuacions de la versió espanyola de la COPM per al seu ús com a instrument centrat en el client en adults majors dels centres de rehabilitació.
- Les puntuacions inicials de la COPM aporten major capacitat predictiva funcional a l'alta que la EQ-VAS i, per tant, major capacitat per a detectar millores.
- La COPM no mostra diferències en funció de l'edat i nivell educacional de les persones, però sí en funció del diagnòstic i el tipus de recurs.
- Els adults majors dels centres de rehabilitació prioritzen treballar problemes relacionats amb la mobilitat funcional i la cura personal, mentre que en residència també prioritzen la recreació tranquil·la.





## 4. Discussió

Aquesta tesi parteix de constatar la necessitat de proveir d'instruments amb evidències de qualitat per a l'avaluació, la implementació, el seguiment i la mesura en els serveis de teràpia ocupacional i de rehabilitació. A continuació s'exposa la discussió argumentada, prenent com a base la contribució de cada un dels estudis en relació a l'atenció centrada en la persona (ACP) en els serveis. L'objectiu d'aquesta discussió és integrar les discussions presentades en cada article i aportar informació complementària de reflexió crítica i d'utilitat professional que no havia tingut cabuda als articles originals. En primer lloc, es tractarà de les contribucions de la tesi en relació a la utilitat percebuda pels professionals quan se'ls ofereixen instruments per portar a terme una ACP i, en segon lloc, de la seva contribució en relació a l'aportació d'evidències de qualitat psicomètrica i de sensibilitat sobre aquests instruments.

Per posar en valor les contribucions entorn al concepte d'utilitat, cal fer referència al context històric en el que es va iniciar aquesta tesi. Tal com s'ha justificat a la introducció, l'elecció de la COPM com a instrument estandaritzat de pràctica centrada en la persona en l'establiment d'objectius i avaluació de resultats, es sostenia en una extensa revisió de la literatura. D'aquesta revisió se'n desprenia la manca de publicacions que aportessin evidències de qualitat de la versió espanyola de la COPM. Això contrastava amb les nombroses publicacions que hi havia sobre les versions de la COPM en altres idiomes. Començant pel treball realitzat per les mateixes autores Law et al. des del 1990 al Canadà i a Austràlia, alguns dels equips més importants que han investigat sobre la COPM són: el de Cheng et al., i Yang et al., a la Xina (Chan i Lee, 1997; Chenq et al., 2002; Yang et al., 2017), Cup et al., i Eyssen et al., als Països Baixos (Cup et al., 2003; Dedding et al., 2004; Eyssen et al., 2005, 2011), Enemark et al., a Dinamarca (Enemark et al., 2017, 2018, 2021; Enemark, Wehberg, Christensen, i Berardi, 2020; Enemark, Wehberg, Christensen, i Tofani, 2020; Enemark i Carlsson, 2012), Wressle et al. de Suècia (Wressle, Eeg-Olofsson, et al., 2002; Wressle et al., 1999; Wressle, Marcusson, et al., 2002), Svajger et al. de Eslovènia (Šuc et al., 2020; Švajger i Piškur, 2016); Thyer i Roe et al. a Austràlia (Roe et al., 2020; Thyer et al., 2018); Kjekken i Tuntland a Noruega (Kjekken et al., 2004, 2005; Tuntland et al., 2016); i

altres amb menor producció científica però rellevants pel context de validació són: Dos Santos Chaves al Brasil (Chaves et al., 2016), Atashi et al., a Iran (Atashi et al., 2010); Bianchini et al., o Spadaro et al., a Itàlia (Bianchini et al., 2022; Spadaro et al., 2010), Carpenter al Regne Unit (Carpenter et al., 2001) o darrerament els de Onho et al., al Japó (Ohno et al., 2021; Sawada et al., 2020). L'experiència prèvia d'aquests equips amb la COMP i el contacte amb alguns d'ells durant la investigació, va aportar una base més sòlida per a l'enfocament i el disseny metodològic escollit per a la investigació. Va ser rellevant la contribució conceptual i metodològica en el primer estudi d'exploració de la utilitat, com també ho van ser les aportacions psicomètriques en el segon estudi sobre les evidències de validesa, fiabilitat i sensibilitat al canvi de l'instrument.

Seguint i aprofundint en el punt sobre utilitat, una segona contribució de la tesi ha estat la delimitació d'una definició d'utilitat que s'albira aclaridora per a la investigació en teràpia ocupacional. Els resultats d'una primera cerca realitzada sobre aquest concepte van posar de manifest que el terme "utilitat" és freqüentment utilitzat en els estudis, com a sinònim d'eficàcia clínica en les avaluacions econòmiques, entenent que els factors relacionats amb la pràctica laboral queden inclosos (Smart, 2006). En el present estudi, es va partir de la conceptualització com a judici multidimensional proposat per Smart, (2006) que recull una visió àmplia del concepte. A partir d'aquest es van anar integrant els diferents elements més moleculars que conformen cada un dels apartats proposats, juntament amb les aportacions d'altres autors que han investigat sobre la utilitat de la COPM (Enemark i Carlsson, 2012; Gustafsson et al., 2012; Slade et al., 1999; Wressle, Marcusson, et al., 2002). Això va permetre disposar d'un document final, on aquesta segmentació per unitats i temes recollia la informació referent a la utilitat agrupada en 3 grans blocs: 1) grau d'acceptació i adequació de la mesura. És el que té a veure amb els pros i els contres de la utilització de l'instrument per part dels clients o persones usuàries del servei, per part dels professionals i per l'entorn de la mateixa institució. 2) Practicable. Es refereix a la viabilitat centrada en la pràctica. Té a veure amb la relació entre la innovació de la mesura i la incorporació de la mesura en la intervenció professional. 3) Accessibilitat. Inclou les consideracions econòmiques i els recursos necessaris per poder fer ús de la mesura (a l'Annex 5 es pot visualitzar el document complet). A partir d'aquí es va poder extreure un primer guió d'entrevista semiestructurada amb preguntes

obertes i exploratòries per recollir informació, mitjançant un grup focal, sobre les experiències viscudes per part dels professionals entorn l'ús de la COPM (vegeu a l'Annex 6 el guió de preguntes utilitzades en el grup focal).

La tesi aporta una aproximació qualitativa a la utilitat percebuda de la COPM per part dels professionals dels serveis de rehabilitació i teràpia ocupacional. Això, no solament aporta la visió del que pensen els terapeutes ocupacionals i fisioterapeutes de la versió espanyola de la COPM, sinó que també ofereix una aproximació de l'estat d'implantació de l'ACP en els serveis socio-sanitaris i residencials, de la que en podem extreure una hipòtesi de treball sobre els diferents nivells d'implantació del model, en funció del tipus d'institucions.

Segons els professionals que van participar en l'estudi, un dels **aspectes més valorats pels usuaris** i per les seves famílies a l'hora d'utilitzar la COPM, és el temps d'escolta i dedicació rebuts en el moment d'identificar els problemes que limitaven la seva participació diària. Van comentar que el fet de poder participar activament en la identificació i en l'elecció dels seus propis objectius havia estat molt motivador i els havia facilitat la implicació en el tractament. Es va crear *engagement* únic per a la participació activa durant tot el procés d'intervenció, que va permetre assolir resultats més eficients i rellevants tant per als usuaris com per a les seves famílies (Gustafsson et al., 2012; Parker i Sykes, 2006; Švajger i Piškur, 2016; Thyer et al., 2018; Wressle, Marcusson, et al., 2002). De fet, la majoria d'estudis apunten que els objectius són més importants i significatius per a la persona quan aquesta ha participat en la creació i quan estan basats o fonamentats en les seves necessitats reals (Thyer et al., 2018). Sembla que el compromís i la responsabilitat en l'objectiu fan que augmenti la participació i que els resultats siguin més eficaços (Armstrong, 2008). També en l'estudi de Wresle et al. (2002), on es va utilitzar la COPM en un grup experimental, els resultats van concloure que els clients se sentien participants actius en el procés de formulació d'objectius significatius i que al mateix temps, percebien que tenien major capacitat per cuidar d'ells mateixos en finalitzar la intervenció. Aquesta participació els apropa a la realitat i els fa ser més conscients dels problemes i de les dificultats en què es troben (Thyer et al., 2018).

En aquest sentit, els professionals han observat que amb l'enfocament centrat en la persona i la COPM obtenien informació més rellevant que contemplava noves dimensions i aspectes de la vida ocupacional de les persones, que no es po-

dien obtenir amb altres tipus d'avaluacions, com les utilitzades habitualment en els serveis de rehabilitació (Armstrong, 2008; Bodiam, 1999; Hammell, 2015).

Els mateixos professionals reconeixen que el fet de treballar amb la COPM fa que els objectius i el tractament estiguin clarament focalitzats en l'ocupació i en aquells problemes que afecten o dificulten l'activitat del seu dia a dia (Colquhoun et al., 2010b; Colquhoun et al., 2012; Wressle, Marcusson, et al., 2002). Si el que s'avalua és a partir d'una observació en el vestit, la mirada es focalitza en observar els elements, les accions i les dificultats que es presenten en aquest àmbit. Si els terapeutes s'adhereixen a un model de pràctica individual i se centren en avaluar habilitats específiques, com pujar escales o realitzar transferències, aquests seran els objectius d'intervenció, independentment de la seva importància o rellevància per a les vides de cada client o circumstàncies ambientals (Hammell, 2006). Un aspecte que es va poder corroborar amb els usuaris dels serveis sociosanitaris, és que no van prioritzar problemes vinculats amb el maneig de la llar, tot i que la majoria d'ells retornen al seu domicili després d'estar ingressats al servei de rehabilitació.

Com ja s'ha dit anteriorment, quan a qualsevol servei de salut es treballa amb un enfocament centrat en la persona, on existeix una estreta col·laboració entre el client-professional tant en l'establiment d'objectius, com en la planificació, com en la implementació de les intervencions, milloren tant la satisfacció del client i les seves famílies, com els resultats (Armstrong, 2008). Les estades en els hospitals són més curtes, la simptomatologia està més controlada, hi ha un menor grau d'ansietat i més sensació de control, i per tant augmenta la satisfacció i el grau d'assoliment dels objectius és més alt (Hammell, 2006; Martínez et al., 2021), hi ha una major adhesió al tractament o autocura i millora la preparació per afrontar la vida diària a la comunitat (Doyle et al., 2013; Enemark et al., 2018; Hammell, 2006; Maitra i Erway, 2006; Martínez et al., 2021; Nielsen, 2018; Parker i Sykes, 2006; Plewnia et al., 2016; Rodríguez-Bailón et al., 2020; Sumsion i Law, 2006; Thyer et al., 2018; Wressle, Eeg-Olofsson, et al., 2002). Ara bé, cal tenir present certs aspectes a considerar que es resumeixen a continuació en **sis punts**, que són producte de relacionar l'ACP amb les evidències recollides durant la investigació:

En primer lloc, tot i que en els tres estudis es va constatar que l'experiència és més positiva quan la persona i la seva família són el centre de la intervenció,

també es van identificar algunes dificultats en l'exposició de problemes i en la presa d'un paper més actiu en l'avaluació, sobretot en persones de més edat. Els professionals van apuntar que segurament era per una manca d'hàbit ja que tradicionalment són ells qui prescriuen el problema i els que decideixen el tipus d'intervenció. Cal dir que, aquest fet crea en molts casos, una certa seguretat i comoditat ja que evita que entrin en la presa de decisions que assumeixin responsabilitats i que s'entri en conflictes ètics (Hammell, 2006). També van assenyalar que a les persones de més edat els feia por que els professionals interpretessin unes puntuacions baixes com a una queixa, tant per les puntuacions de la COPM, com en l'avaluació de l'atenció rebuda amb la CCRQ (Martínez, 2015; Stevens et al., 2013). En aquests casos es posa de manifest la relació de poder entre usuari-professional (Hammell, 2006; Macleod i Mcpherson, 2007).

Comprendre la influència del **poder i el rol que té el professional** és fonamental per implementar una pràctica autèntica i genuïna centrada en la persona. Els professionals i el sistema sanitari tenen el poder d'influir en la decisió i en els objectius dels usuaris. És rellevant, per tant, que el professional busqui un equilibri del poder, dotant a la persona de la informació i les habilitats necessàries per tal d'elegir i participar en la seva atenció sanitària (Hammell, 2013, 2015; Sumsion i Law, 2006). Això implica que els professionals disposin de competències per la comunicació efectiva i de raonament clínic, aspectes que només s'adquireixen a través de la formació i l'experiència (Armstrong, 2008; Rodríguez, 2023). Seguint amb aquest fil, Hammell (2013) destaca que els mateixos professionals poden arribar a "discapacitar" les persones des de la seva posició de poder i domini, i suggereix que sovint els professionals són un engranatge inconscient d'un sistema opressiu. Precisament perquè de forma inconscient sovint són víctimes de les estructures institucionals opressores, protocol·litzades i estàtiques que els converteixen en mers prescriptors d'activitats, consells, equipaments i recursos. Cal parar atenció al fet que el mateix sistema pot esdevenir generador de dependència o de medicalització i que sovint, el mateix sistema de salut desaparega (Departament de Salut, 2021). Comprendre la influència del poder és fonamental. És important que hi hagi un equilibri de poders per poder facilitar una pràctica centrada en el client autèntica, real i genuïna (Sumsion i Law, 2006).

Aquesta qüestió ens porta a contemplar, que el canvi en la **relació de poder** per alguns usuaris o per alguns professionals pot resultar difícil i fins i tot pot provo-

car certa inseguretat, ja que des d'un servei dirigit i protocol·litzat s'evita entrar en conflictes ètics, personals o professionals que impliquen compromís i presa de decisions. Alhora, per algunes persones, la pèrdua de poder pot comportar una falsa idea de pèrdua de valor en el seu rol professional. Per tant, en serveis on no s'ofereix formació ni empoderament als professionals, és lògic que aquests apostin per una intervenció pautada i validada pel servei, ja que els aporta major seguretat i sensació de control (Hammell, 2006).

En segon lloc, a l'administrar la COPM, alguns dels professionals van confirmar que de nou tornaven a l'**essència de la teràpia ocupacional**, ja que el dia a dia els havia portat a treballar de forma rutinària i protocol·litzada. Els va semblar interessant que l'enfocament de rehabilitació es dirigís de nou a aquelles activitats de la vida diària rellevants per a la persona i que sovint van més enllà de les activitats funcionals bàsiques de vestir-se, dutxar-se o realitzar transferències (Hansen et al., 2018). Com en l'estudi de Thyer et al. (2019), els professionals sentien que la COPM els proporcionava més evidències que les avaluacions tradicionals per poder justificar el valor del terapeuta ocupacional, per clarificar el rol dels clients i els membres de l'equip o per comunicar beneficis a l'organització.

Pels professionals de la salut és necessari treballar com un **equip** coordinat amb els clients, per aconseguir que els objectius individuals i els plans de tractament siguin coherents amb els objectius del client. L'establiment d'objectius centrats en la persona proporciona un enfocament clar per a l'equip interdisciplinari que ajuda a crear directrius clares en la comunicació i una col·laboració mútua, la qual cosa crea un efecte positiu per reduir conflictes dins d'un equip. De fet, els usuaris se senten més segurs en entorns clínics on existeix un **clima/atmosfera agradable** (Armstrong, 2008; Hansen et al., 2018).

En tercer lloc, s'ha pogut recollir en cada un dels estudis, la importància d'integrar una formació interdisciplinària, conceptual i pràctica en ACP. Queda clar que els enfocaments ACP són necessaris quan es vol oferir una rehabilitació d'alta qualitat. Ara bé, quan els professionals es veuen obligats a oferir un servei de rehabilitació sense una formació, sense un **model conceptual i d'aplicació pràctica** dins un entorn on l'espai, l'organització, la planificació i les directrius polítiques no estan en sincronia, esdevé un fracàs que desmotiva, evoca a la frustració i desapodera el personal (Jesus et al., 2022; Sumsion i Law, 2006) com es pot comprovar per les aportacions dels professionals. Aquest canvi no sols ha de

comportar **formació** per als professionals, sinó que també cal un entrenament i una formació per a tots els agents implicats en la provisió dels serveis per adaptar-se al nou paradigma (Departament de Salut, 2022a; OMS, 2021; Plewnia et al., 2016). Un aspecte que en l'aplicació de la COPM, els professionals valoraven com a part essencial per al canvi.

També, l'aplicació de la COPM ha permès destacar alguns aspectes que van més enllà de la mera administració d'una mesura. Es posa en evidència que, a banda de conèixer les bases conceptuals de *El Modelo Canadiense de Desempeño y Participación Ocupacional* o de l'enfocament centrat en la persona, es necessiten tècniques d'entrevista, competències de comunicació i raonament clínic, per arribar a establir consens amb el client i per generar objectius de treball coherents i realistes (PIAISS, 2016; P. Rodríguez i Vilà, 2014; Townsend i Polatajko, 2007). La formació i la pràctica són factors importants per assolir les competències professionals necessàries per treballar i aplicar un enfocament centrat en la persona. L'equip necessita formar-se per poder aconseguir els objectius, conjuntament amb els clients. El desenvolupament d'aquesta habilitat, com qualsevol altra, requereix d'un aprenentatge i una orientació des de la supervisió i la pràctica professional (Armstrong, 2008; Chenq et al., 2002; Gustafsson et al., 2012; Law et al., 1994; PIAISS, 2016; Wressle, Marcusson, et al., 2002).

En aquest estudi, després de formar-se, la majoria de professionals aconseguien tenir una bona comprensió dels principis del treball centrat en el client i una bona base teòrica de com la COPM pot monitoritzar o guiar aquest procés. La formació i entrenament realitzat als professionals, previ a iniciar la recollida de dades i la incorporació de la COPM en els serveis, va esdevenir un aspecte clau (Chenq et al., 2002; Gustafsson et al., 2012; Kjekken et al., 2004; Law et al., 1994; Wressle, Marcusson, et al., 2002) (vegeu el programa detallat a l'Annex 7). No obstant, els problemes sorgien quan aquests principis havien de ser portats a la pràctica (Karstensen i Kristensen, 2021).

En quart lloc, exposar que tot i que aquest enfocament centrat en la persona sembla ser aprovat per sistemes de salut mundials i local, la dificultat en la implementació sorgeix quan es vol posar en pràctica. Els resultats d'aquesta tesi confirmen que el **model tradicional** continua estant centrat en les necessitats i interessos del sistema i els professionals, amb unes estructures rígides i anacròniques que no permeten incorporar nous enfocaments en les intervencions,



cosa que dificulta l'atenció de les necessitats reals, les preferències de la persona i la seva l'autonomia (Departament de Salut, 2022a; Nolte et al., 2020).

Des de l'àmbit professional i a nivell cultural, sovint s'insisteix a donar importància a la independència física en les activitats quotidianes i està clar que sovint els desitjos o necessitats reals de la persona, difereixen del tot dels objectius que es planteja el servei de RHB. Els professionals s'aferren a voler restaurar la funció quan les prioritats dels clients sovint van lligades a utilitzar el temps i l'energia en altres accions del seu interès. De fet, la rehabilitació no es refereix únicament als exercicis d'ensenyament, d'entrenament en la mobilitat i a les habilitats d'autoocupació (tot i que poden ser útils per a algunes persones), al contrari, la rehabilitació ha de consistir a permetre que la gent reconstrueixi les seves vides i obtingui una sensació de continuïtat entre la seva situació passada i la present. Tal com marca la OMS, maximitzar la capacitat perquè la persona pugui viure, treballar i aprendre. Fonamentalment, també es tracta d'ajudar a la gent a sortir d'una situació de salut socialment limitada. Cal entendre el procés de RHB, com el procés mitjançant el qual la persona aprèn a viure amb la seva discapacitat en el seu dia a dia, en un entorn i context concrets. I cal tenir en compte que en una malaltia/accident no solament es perd la funció d'un braç o d'una cama... es trenca completament una vida. Sovint això repercuteix en la família, la feina, les aficions i els objectius i il·lusions personals. Per als usuaris de rehabilitació és crucial que s'inclouin aquestes activitats de la vida quotidiana en la intervenció (Hammell, 2006; Hansen et al., 2018; OMS, 2021).

Seguint en aquesta línia cal dir que el context on es realitza la intervenció és decisiu. Les intervencions que se centren a utilitzar exercicis i simulacions en un context artificial, són incongruents amb la vida de les persones, i per tant, no tenen sentit si no disposen d'un propòsit i un final contextualitzat. Cal tenir present que els exercicis preparatoris comuns en els serveis de rehabilitació en molts casos estan descontextualitzats. Sobretot en teràpia ocupacional, la lògica racional d'observació, avaluació i intervenció s'hauria de fer allà on les persones desenvolupen les seves vides (AOTA, 2020; Gupta i Taff, 2015; Rogers i Holms, 2009). Un aspecte que és realment necessari incorporar i que es planteja abordar des de les noves directius socio sanitàries i des del Pla de rehabilitació (Departament de Salut, 2022a, 2022b)

Un cinquè element que aporta aquesta tesi és que, utilitzar la COPM en **entorns**

on no existeix la mirada centrada en la persona és complicat o inviable si no existeix un canvi de paradigma. Els models tradicionals estan centrats en el sistema, i els professionals treballen com a prestadors d'uns serveis amb les intervencions molt pautades i protocol·litzades (Nolte, 2020). Els professionals tenen els seus rols i funcions molt acotats i determinats en funció del servei i sovint aquests esdevenen mers prescriptors d'activitats o de recursos. En aquest context no és factible treballar determinats objectius o atendre les necessitats dels clients del servei (Chenq et al., 2002; Jesus et al., 2022; Wilberforce et al., 2017). Per aquest motiu, ara mateix utilitzar la COPM en els serveis va més enllà de la comprensió filosòfica que implica utilitzar una eina d'aquestes característiques. Cal esmentar, que el temps i la falta de recursos van ser les principals limitacions expressades pels professionals i en altres estudis de la COPM (Colquhoun et al., 2010; Roe et al., 2020; Thyer et al., 2018).

Una de les aportacions més rellevants sobre la utilitat de la COPM apunta a que la principal barrera per utilitzar la COPM té a veure amb les **polítiques institucionals i dels serveis**. Tot i que la majoria d'estudis assenyalen que les principals barreres de l'ús de la COPM estan relacionades amb els clients i amb l'experiència dels professionals (Yang et al., 2017), en aquest estudi es va veure clarament la necessitat que les institucions s'hi impliquessin si realment es vol fer un ús efectiu de la COPM i si realment es vol integrar en els serveis una pràctica centrada en la persona. Aquesta implicació passa per una millora de l'organització i per una aportació de **recursos**, d'espais i de materials adequats per a aquestes tasques. No és possible treballar amb ACP quan les polítiques estan allunyades i poc connectades amb la realitat diària (PIAISS, 2016).

Tampoc es pot treballar amb ACP quan l'orientació institucional és purament empresarial i determina la ràtio d'usuaris, el tipus de tractament, la intensitat i durada amb protocols preestablerts. Si es prioritza el tema econòmic i l'atenció no està basada en el raonament clínic, no es pot donar resposta a les necessitats reals dels clients ja que es creen tensions entre els valors humanístics de la professió i la filosofia plantejada (Gupta i Taff, 2015). És realment complex treballar els objectius centrats en els clients si la configuració dels serveis de rehabilitació, les estructures del sistema de salut i els serveis i equips de rehabilitació estan subcontractats, ja que sovint els sistemes de salut o institucions amb finançament extern tenen altres prioritats. Aquests són factors que desanimen

als professionals quan desitgen entrar en el funcionament d'una rehabilitació centrada en la persona (Hammell, 2015; Jesus et al., 2016).

El sisè i últim aspecte que s'aporta té a veure amb l'avaluació, motiu pel qual es decideix traduir el CCRQ com a instrument d'avaluació. El canvi del model tradicional cap a un sistema centrat en la persona passa per la implicació de tots els agents de salut i suposa avaluar amb precisió la situació per realitzar els canvis organitzatius i estructurals necessaris (Rojano i Luque et al., 2021). **Avaluar la pràctica** és l'única forma d'assegurar que es realitza centrada en la persona. Ara bé, cal tenir present que l'avaluació ha de ser multidimensional, longitudinal i transversal, que englobi metodologies qualitatives i quantitatives, amb la participació de tots els agents implicats, en especial els usuaris dels serveis (Martínez et al., 2021; McMurray et al., 2016; Nolte et al., 2020; Silva, 2014; Wilberforce et al., 2017). Conèixer de primera mà l'experiència d'atenció rebuda per part de les persones i les seves famílies serà essencial per tal que esdevingui una palanca de canvi en la configuració dels serveis assistencials.

La traducció, adaptació i validació del CCRQ, va partir de la necessitat de disposar d'un instrument en llengua espanyola que avalués el grau d'atenció centrada en la persona, i alhora poder avaluar i correlacionar aquest constructe amb la COPM. Desenvolupar noves escales d'avaluació és un procés complex i, per tant, poder partir d'instruments que ja han estat provats en altres països i en altres llengües, permet partir d'unes propietats psicomètriques adequades. Encara que s'hagi de traduir, adaptar i adequar a la població i al context, ja es parteix d'un constructe provat per avaluar o mesurar un concepte, una dimensió o una qualitat prevista, tenint com a referència les directrius de la Internacional Test Commission (ITC) (International Test Commission, 2017; Muñiz et al., 2013; Muñiz i Hernández, 2015; Ramada-Rodilla et al., 2013; Sánchez i Echeverry, 2004).

El CCRQ va ser elegit per ser un dels instruments que aporta més informació alhora d'avaluar les diferents dimensions que engloba el concepte d'atenció centrada en la persona. També ofereix una visió general de les experiències dels usuaris en els serveis de rehabilitació amb característiques personals i una gran varietat de problemes de salut (Cott et al., 2006; Fisher et al., 2020; Körner et al., 2017; McMurray et al., 2016; Óladóttir et al., 2022; Silva, 2014). Cada dimensió per si mateixa conté informació rellevant sobre una àrea, un tema o un element que engloba el concepte multidimensional de l'ACP (McMurray et al., 2016; Wilberfor-

ce et al., 2017). Amb l'estudi es van evidenciar els comportaments de cada una de les dimensions en funció de les característiques sociodemogràfiques i clíniques de la població.

La dimensió *evaluación de resultados* recull informació sobre els resultats obtinguts tenint en compte les expectatives i els objectius treballats al llarg de la intervenció. Aquesta dimensió de la CCRQ, ha estat la més significativa i la que major correlació ha obtingut amb la COPM, ja que la majoria de la mostra torna al domicili i a la seva vida anterior després de la rehabilitació. I la dimensió *implicación de la familia* recull informació sobre la participació de la família, amics o cuidadors durant tot el procés d'intervenció, respectant sempre l'autonomia de la persona usuària de servei (Cott et al., 2006). Aquestes dues dimensions, *evaluación de resultados* i *implicación de la familia* són especialment sensibles en persones de més edat, amb un nombre elevat de patologies (complexitat) i amb un nivell educatiu baix. Un aspecte explicable ja que en persones d'aquestes característiques, el suport o ajuda d'una tercera persona pot facilitar l'acompanyament en el procés, ja sigui amb l'ajuda, comunicació, organització o suport en general (Cott et al., 2006; Grosset i Grosset, 2005; Hansen et al., 2018; McMurray et al., 2016; Zimmermann et al., 2014). I també, perquè l'establiment d'objectius des de l'inici realitzat amb la COPM, sembla que permet tenir una comunicació oberta amb el client i les seves famílies per poder identificar i discutir les expectatives (Stevens et al., 2013; Wressle, Marcusson, et al., 2002). És un aspecte que es considera rellevant en casos complexos ja que haver pres part de les decisions inicials, evita conflictes o decepcions en etapes posteriors. Les intervencions només són efectives si s'adrecen a resoldre els problemes percebuts pels usuaris dels serveis, especialment quan aquests són de salut i presenten una gravetat (Armstrong, 2008).

Les dimensions *toma de decisiones* i *educación* tenen a veure amb la percepció que té el client de la seva participació en la presa de decisions, en l'establiment d'objectius i en l'educació rebuda durant la intervenció, que és molt rellevant en rehabilitació (Wressle, Eeg-Olofsson, et al., 2002). Aquestes dimensions són les millor valorades per les persones amb diagnòstics de major complexitat, possiblement perquè la informació i la comunicació efectiva és realment important en la presa de decisions (Plewnia et al., 2016). Són dues dimensions relacionades directament en haver rebut prou informació per poder participar i prendre de-

cisions al llarg del procés. En l'estudi de Hansen et al. (2018), igual que en el de Capdevila et al., (2020), es va considerar que la informació havia de ser personalitzada i era essencial per als participants, ja que els donava confiança, motivació i els proporcionava una millor comprensió del significat de la situació i de la rehabilitació.

El professional aporta l'experiència professional i el client contribueix amb la informació sobre la seva experiència en la vida quotidiana amb la discapacitat. És important que en aquests casos el professional adapti i reguli la qualitat i la quantitat d'informació i el suport que necessita cada persona en cada moment, així com també el programa d'intervenció. Tenint en compte que segurament aquest necessita de més suport i informació en etapes inicials o quan esdevé un cas de major complexitat (Armstrong, 2008; Grosset i Grosset, 2005; Hansen et al., 2018). En aquestes dimensions (toma de decisions i educació), igual que en les anteriors dimensions (evaluació de resultats i implicació de la família), les persones amb menor nivell educatiu valoraven més positivament l'experiència d'haver rebut atenció centrada en la persona (Hammell, 2006; Wilberforce et al., 2016).

Les dimensions *confort físic* i *soporte emocional*, són menys rellevants per a persones amb diagnòstics de menor complexitat i el nivell educatiu no va resultar significatiu. Aquestes dimensions tenen a veure amb la qualitat de l'atenció, més enllà de la RHB purament funcional i inclouen una mirada holística dels aspectes físics o biològics. La dimensió *confort físic* contempla la comoditat, descans i control del dolor. La dimensió *soporte emocional* contempla el recolzament, l'atenció en la gestió emocional i el tracte humà rebut durant el procés de rehabilitació. El usuari valoren que se'ls escolti, poder parlar, compartir i expressar els seus problemes i frustracions i sentir-se tractats amb respecte (Hansen et al., 2018). Aquestes categories van ser menys rellevants en l'estudi del grup de persones amb diagnòstics de traumatologia (afeccions de l'aparell locomotor més cirurgies en alguna part del cos). Aquest aspecte coincideix amb l'estudi de Hansen et al. (2018) en què es va observar que el confort físic era menys rellevant en persones amb diagnòstics de menor complexitat, o que per les seves característiques no necessitaven ajuda d'una tercera persona.

El mateix succeeix en la dimensió *continuidad*. Aquesta és de menor rellevància en les persones amb diagnòstics de menor discapacitat, i que per tant, no ne-

cessiten de recolzament, coordinació i continuïtat en la comunitat (Hansen et al., 2018). La dimensió continuïtat va ser l'única dimensió que no va correlacionar significativament en relació als diagnòstics. A favor de la importància d'aquesta dimensió, sí que en l'estudi qualitatiu de Hansen, et al. (2018), els usuaris van posar en valor poder veure el mateix terapeuta cada vegada. Això els feia sentir còmodes i que estaven en bones mans. La seguretat i la connexió professional-usuari és també un element que va aflorar en la informació obtinguda en l'estudi qualitatiu de la COPM.

Un dels resultats més destacables de l'estudi amb la CCRQ, és que els participants de **més edat, amb un nombre elevat de patologies (complexitat) i menor nivell educatiu** havien percebut, en general **una experiència més centrada en la persona** durant el procés de rehabilitació. En canvi els participants més joves, amb menys patologies i amb un nivell educatiu superior van considerar que el servei era menys centrat en el client. Els resultats són semblants als trobats en estudis previs (Óladóttir et al., 2022).

Aquest resultat pot ser explicable per diversos motius que s'han visualitzat en la investigació: o per una patologia complexa que requereixi més atenció per part de l'equip de rehabilitació, o pel fet que les persones grans tendeixin a ser menys crítiques amb les intervencions. En el cas de les persones que viuen en residències, es podria atribuir a la situació vital del moment. Tendeixen a un cert conformisme en trobar-se en una etapa final de la vida. També és atribuïble al grau d'institucionalització, als aspectes culturals i al respecte cap a la decisió professional. Segons Hammell (2006), influenciats per la situació de desavantatge a causa de la discapacitat i per la dependència creada en el desequilibri de poders entre professionals i usuaris i entre el considerat socialment expert en temes de salut i la persona amb situació de malaltia (Hammell, 2006; Wilberforce et al., 2016). També en l'estudi de Plewnia (2016), l'edat dels pacients correlacionava positivament amb la satisfacció i al revés, en el cas del grup més jove, i les persones amb problemes de salut mental, consideraven el servei menys centrat en el client (Óladóttir et al., 2022; Plewnia et al., 2016). Aspectes a tenir en compte de cara a extreure futures conclusions derivades de les investigacions.

És cert que cada un dels constructes o **dimensions del CCRQ-e** varien o prenen major o menor rellevància en funció de les característiques dels usuaris (edat, mobilitat, grau de dependència), però tots són generalitzables per l'avaluació i

ahora permeten aportar informació de cada un dels aspectes avaluats. Tot i que en els casos de les persones que no tenen família o les persones que viuen en residència, determinades dimensions esdevenen "no aplicables", estem d'acord a considerar que cap de les dimensions del CCRQ-e es pot excloure ja que aporten informació específica de cada grup poblacional, servei o diagnòstic (Cott et al., 2006; Fisher et al., 2020). El fet que algunes dimensions quedin excloses en algunes poblacions, no impacta en la informació aportada per la resta d'ítems o dimensions tal com es descriu en l'apartat d'instruccions pel càlcul de resultats del manual del CCRQ-e (Capdevila et al., 2022c). En el nostre cas, per exemple, el "no aplicable" dels ítems 17, 22, 24, 29 defineixen un tipus de població i eren esperables en els usuaris de residència. Una eina que permet obtenir informació sobre el nivell d'ACP, pot tenir diferents utilitats per als professionals dels serveis de rehabilitació i gestors o responsables dels recursos socials i sanitaris. Permet detectar problemes en la relació professional-usuari, veure la capacitat que els professionals dels serveis tenen per tal d'apoderar els usuaris, detectar els aspectes més febles o més positius de cada servei, valorar la importància de la implicació de la família, reconèixer els dispositius que resulten més necessaris, valorar la coordinació de l'equip i conèixer les necessitats de suport físic i emocional dels usuaris.

De nou, i amb els aspectes anteriorment exposats i amb l'estudi de la COPM, s'apunta que per promoure una atenció centrada en la presa de decisions compartides, per una comunicació efectiva usuari-professional, per empoderar o potenciar el pacient a partir de programes educatius, és necessària la formació i l'entrenament dels professionals, els equips i els gestors implicats en el servei de salut (Departament de Salut, 2022a; Plewnia et al., 2016). La participació dels usuaris en la rehabilitació té un efecte positiu en el desenvolupament d'habilitats socials i de gestió de la situació de pèrdua de salut, especialment rellevant en persones que presenten malalties cròniques i/o de complexitat, però per millorar la participació dels usuaris és necessari que els professionals i els agents implicats en la salut disposin de les competències necessàries. Per aquest motiu, fer un bon entrenament a través de programes formatius és completament recomanable (Chenq et al., 2002; Zimmermann et al., 2014).

Tornant de nou al focus de la investigació en que la rehabilitació centrada en la persona és definida com una filosofia o un enfocament, que proporciona serveis

de rehabilitació que reflecteixin les necessitats de les persones i les seves famílies, ens porta a donar resposta a un dels principals objectius d'aquesta tesi, la contribució d'aquest estudi a l'ACP. Tenint en compte aquesta definició, més els resultats aportats per l'estudi amb la COPM i el CCRQ, i la revisió de les dimensions que engloba l'ACP, està clar que per poder oferir aquesta atenció, cal plantejar o **dissenyar els serveis** com a mínim en dos nivells: per a la persona/client i per a l'organització (Cott, 2008), o en tres nivells com planteja Jesus et al. (2021). Serveis per la persona-professional, per al microsystema (cuidadors/equips professionals) i per al macrosistema o context. És doncs una manera de pensar, d'organitzar el servei i de fer **amb i per** a les persones, en comptes de ser un servei que dona ajuda als pacients (Castro et al., 2016; Jesus et al., 2016, 2022; Mead i Bower, 2000). A la Taula 2 es pot veure una síntesi de tots els elements que contempla cada una de les dimensions que s'han anat exposant durant aquesta discussió, i que són fruit del treball d'investigació realitzat en el marc d'aquesta tesi.

**Taula 2. Dimensions de la rehabilitació centrada en la persona i els nivells organitzatius**

<i>Dimensions a nivell del client</i>	<i>Dimensions a nivell organitzatiu</i>
<i>Participació de la persona en la presa de decisions i l'establiment d'objectius</i>	<i>Participació dels clients en la planificació del servei</i>
<i>Educació centrada en les necessitats cada persona i les seves famílies/cuidadors</i>	<i>Avaluació dels programes i serveis des de la perspectiva dels clients</i>
<i>Avaluació dels resultats des de la perspectiva del propi client</i>	<i>Resposta de la organització als comentaris dels clients</i>
<i>Suport i participació de la família/cuidadors</i>	<i>Accessibilitat (recursos)</i>
<i>Coordinació i continuïtat de l'atenció (inclús després de l'alta)</i>	<i>Enfocament interdisciplinari amb formació conceptual i pràctica en ACP</i>
<i>Suport i acompanyament emocional</i>	<i>Coordinació i continuïtat amb els serveis comunitaris</i>
<i>Confort físic (control del dolor)</i>	<i>Suport de l'organització a l'ACP</i>

Font: Adaptat de Cott, 2008, p. 90.

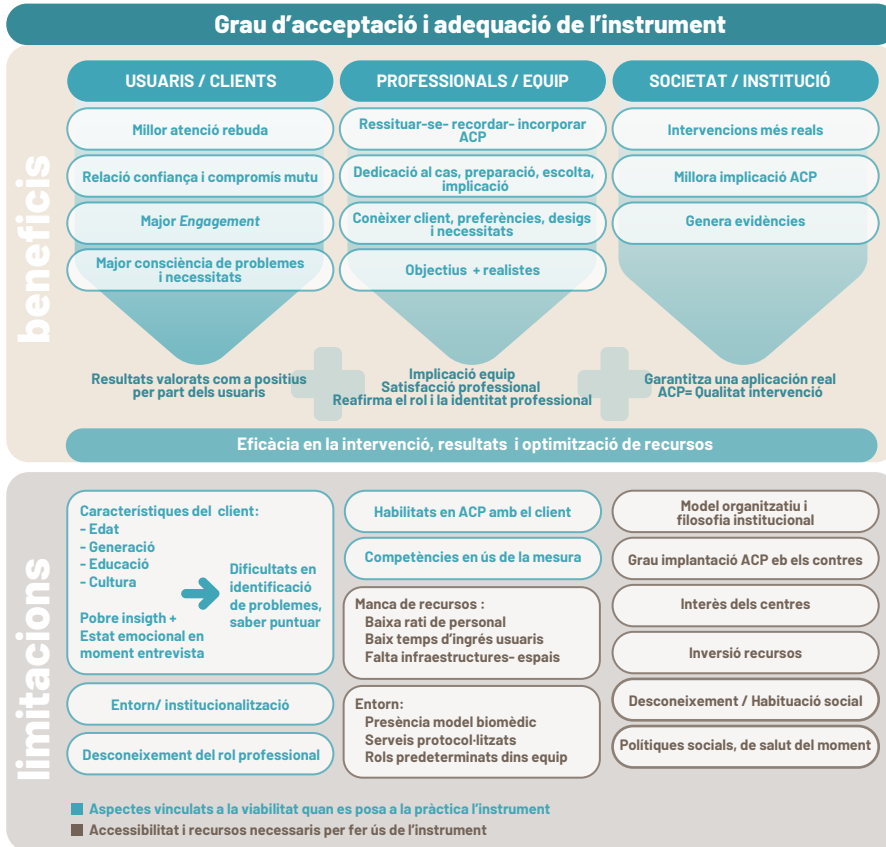


Com s'ha exposat a l'inici, el concepte centrat en la persona engloba diferents perspectives i significats amb implicacions diverses. El més important és comprendre la diversitat d'interpretacions d'aquest enfocament en els diferents nivells del sistema de salut. El concepte de pràctica centrada en la persona haurà d'anar evolucionant en el nostre context a mesura que es vagi creant una interacció dinàmica entre la pràctica i la recerca, per arribar a la comprensió conceptual compartida (Nolte et al., 2020).

Caldria doncs, cal redissenar el sistema social i sanitari on les polítiques relacionades amb la salut, la filosofia dels serveis, els estàndards ètics i professionals, i l'organització conflueixen sota el mateix paradigma.

A continuació i per tancar la discussió d'aquest treball, es presenta un resum en forma de mapa conceptual, la síntesi dels principals resultats sobre l'estudi d'utilitat de la COPM (Figura 6). En aquest estudi, igual que en el treball de Kartensen et al, (2021) en contextos escandinaus, la discussió constructiva amb els professionals ha ajudat a comprendre quins són els principals obstacles de l'aplicació. Aquest s'ha elaborat amb l'objectiu de veure clarament els principals beneficis i les limitacions recollides en l'ús de la COPM en els serveis de rehabilitació i de teràpia ocupacionals. A la part superior s'observen perfectament els beneficis constatats per als clients; en l'atenció, el compromís, el reconeixement de les necessitats i en la implicació de tot el procés. També, es pot observar el reconeixement satisfactori per part dels mateixos professionals de la implicació de l'equip professional, així com del valor de l'aplicació de la COPM en l'ACP. I a la part inferior es visualitzen les principals limitacions amb què es van trobar a partir del canvi de la metodologia i del format de la intervenció. Les principals limitacions aportades pels professionals tenen a veure amb el model institucional i organitzatiu i es podrien resoldre amb més formació. Amb els canvis plantejats en les noves polítiques socials i de salut que contempen el redisseny del sistema d'atenció social i sanitària, per tal que els serveis siguin centrats en les necessitats, els valors, els desitjos i les preferències de la persona, aquestes limitacions de què parlàvem haurien de disminuir (Departament de Salut, 2022a; PIAISS, 2016).

**Figura 6. Mapa conceptual dels principals resultats obtinguts de l'estudi d'utilitat de la COPM en els serveis socio sanitàris i residencials.**



Font: Elaboració pròpia (Capdevila et al., 2020).



## 5. Conclusions

En aquest apartat/capítol es presenten les conclusions generals de la tesi doctoral, les limitacions detectades i les línies de treball futures.

Integrant la revisió realitzada i els estudis que componen aquesta tesi doctoral, sintetitzem les **conclusions** en tres punts:

- Des de la teràpia ocupacional es treballa amb l'objectiu que les persones puguin participar en aquelles activitats que desitgen fer, els agradaria fer o s'espera que facin, i per tant, cal disposar d'eines que avaluin l'acompliment ocupacional des d'una perspectiva centrada en la persona (Armstrong, 2008; Hammell, 2015). A partir de la revisió realitzada de les característiques de la COPM, podem concloure que és una alternativa apropiada a les mesures de resultats centrades tradicionalment en l'assoliment funcional, que no aporten informació sobre aspectes d'acompliment ocupacional rellevants pel dia a dia de la persona.
- Existeixen evidències qualitatives i quantitatives favorables a l'ús de la versió espanyola de la COPM com a mesura d'avaluació i de resultats centrada en els clients i en les seves famílies, que assisteixen als serveis de rehabilitació i teràpia ocupacional de centres sociosanitaris i residencials. Existeixen infinitat d'avaluacions estandarditzades que reflecteixen les prioritats d'avaluació dels professionals, però poques avaluacions són les dissenyades per reflectir les perspectives dels clients. Una orientació centrada en el client, requereix disposar d'eines centrades en el client que reflecteixin els valors, les prioritats i els objectius del client. L'ús de protocols d'avaluacions i intervencions definides per a cada tipus de client o patologia, no és compatible amb una pràctica centrada en la persona. L'avaluació de la funció física es considera un indicador insuficient d'utilitat, de rellevància o de poc valor per als serveis de rehabilitació quan es busquen serveis amb un enfocament integral (Hammell, 2006; McColl et al., 2005; Thyer et al., 2018).

- L'evidència aportada en l'estudi del CCRQ-e, suggereix és un instrument adequat per poder avaluar el grau d'atenció centrada en la persona rebut durant l'ingrés a un servei de rehabilitació. Permet recollir evidències des de la pròpia experiència personal dels usuaris dels serveis i obtenir informació significativa per avaluar les diferents dimensions que impliquen oferir una bona qualitat assistencial. En aquest estudi també es va percebre que la qualitat de l'atenció era més gran quan els usuaris se sentien involucrats en el procés de rehabilitació, quan podien atendre les seves necessitats de confort físic, quan se sentien tractats amb respecte i dignitat i quan se'ls donava informació per poder manejar la situació al domicili o a la comunitat (Cott, 2008). Les dades aportades resulten d'especial interès per la manca d'instruments que avaluin l'atenció centrada en la persona en població espanyola i que estiguin recolzats per estudis psicomètrics.

A continuació es descriuen les principals limitacions dels estudis realitzats lligades a diverses línies futures d'investigació, algunes d'elles són fruit de peticions formulades pels mateixos professionals, altres estan relacionats amb aspectes pendents d'explorar.

La majoria dels professionals que van participar a la investigació estaven prèviament interessats en l'ús de la COPM i/o coneixien a l'autora de la tesi que va realitzar tot el treball de camp. Això podria representar un biaix (Curtin i Fossey, 2007) que es va intentar compensar incorporant a l'estudi la totalitat de l'equip de rehabilitació, altres terapeutes ocupacionals i els fisioterapeutes de l'equip.

En referència a la mostra, destacar el nombre reduït d'usuaris que van participar en l'estudi de fiabilitat de la COPM. En la mateixa línia, considerem també una limitació el fet que en l'estudi amb la CCRQ, la mostra es va recollir principalment als serveis de rehabilitació hospitalaris i als centres socio-sanitaris, sense tenir una dada referent a les persones que no contestaren. En contraposició, la mostra presentava un equilibri entre el nombre d'usuaris de centres públics i privats i també l'equilibri entre el nombre de qüestionaris que s'havien completat amb ajuda.

Hauria pogut estar una limitació important la diferència entre el nombre de professionals que eren terapeutes ocupacionals i fisioterapeutes ja que la formació de base d'ambdues professions és diferent. En aquest sentit, volem destacar la

formació prèvia a l'estudi que es va portar a terme que precisament tenia com a objectiu aportar homogeneïtat en l'administració de la mesura entre avaluadors, un aspecte recomanat per les mateixes autores (Colquhoun et al., 2012, 2020; Law et al., 1990, 2014) i valorat com a positiu pels professionals que van participar en l'estudi.

De la resta de limitacions i necessitats detectades se'n desprenen les següents línies futures de recerca derivades dels resultats d'investigació:

1. Explorar la utilitat de la COPM des de la perspectiva del client o servei. En aquest estudi s'ha explorat la utilitat clínica de la COPM a partir de la informació recollida per part dels professionals. Caldria doncs, contrastar l'opinió amb els mateixos usuaris i/o fer una aportació des de les perspectives institucionals (Smart, 2006). La COPM és un instrument creat al Canadà, amb una base teòrica aportada per un model canadenc. Tot i que és un instrument utilitzat i aplicat a diferents contextos i cultures seria interessant conèixer de primera mà, o sigui a partir de l'avaluació per part dels usuaris, si aquesta esdevé un instrument culturament acceptat.
2. Aplicar els instruments en nous escenaris. En aquest moment el sistema sanitari i social està en un continu procés de transformació cap a un model d'atenció integrada, on un dels eixos centrals serà l'atenció centrada en la persona i en les seves famílies (Departament de Salut, 2022a; PIAISS, 2016). Per als terapeutes ocupacionals i per als equips de rehabilitació serà cabdal utilitzar aquests dos instruments en aquest nou escenari amb dues finalitats: (1) Avaluació, monitoritzar i aportar evidències per contribuir en les intervencions centrades en la persona, en els diferents contextos, poblacions i serveis d'atenció social i sanitària (atenció primària i comunitària, salut mental, addiccions...), (2) Aportar evidències sobre les propietats psicomètriques i d'utilitat dels instruments per a la contribució en recerca.
3. Adaptar l'administració de la mesura a poblacions amb dificultats cognitives. Una petició formulada pels mateixos professionals ha estat l'adaptació de la COPM per a població amb dificultats cognitives i/o poques habilitats personals també reconegudes en altres estudis (Chen et al., 2002; Enemark i Carlsson, 2012; Stevens et al., 2013; Toomey, 1995; Wressle, Eeg-Olofsson, et al., 2002; Wressle, Marcusson, et al., 2002).

4. Explorar la relació de la COPM amb Engagement professional. Els resultats indiquen que el fet d'utilitzar la COPM suposa evolucionar cap un enfocament més holístic, humanista i centrat en el client que recuperi els principis humanistes de l'atenció centrada en la persona plantejats per Carl Rogers (Rogers, 1981). Això suposaria per a tots els professionals un retrobament amb el seu rol i poder treballar a partir dels objectius reals de la persona, amb un resultat satisfactori per a ambdues parts. Per aquest motiu seria interessant veure si després d'un temps utilitzant la COPM es millora l'engagement professional, com un dels principals elements per evitar el burn out professional. Això constituiria un punt d'evidència realment significatiu per a la qualitat, per als riscos laborals i en definitiva per als recursos humans de les empreses.
5. Descriure les diferències ACP entre els centres. Un punt fort de l'estudi és el seu disseny multicèntric que permet generalitzar i disposar d'una visió més amplia de la informació que complementa els estudis anteriors amb el CCRQ (Cott et al., 2006; Fisher et al., 2020; Körner et al., 2017; Óladóttir et al., 2022; Plewnia et al., 2016; Zimmermann et al., 2014). No s'ha fet una anàlisi específica de les dades obtingudes en cada centre ja que no era l'objectiu de la investigació, però certament, aquesta informació podria aportar informació diferencial i detallada del nivell d'implantació de la ACP en les diferents dimensions. Això permetria detectar les potencialitats i les mancances en cada servei, i fer un estudi de les dimensions més rellevants, les més valorades, així com conèixer els aspectes menys treballats o que caldria millorar.
6. Recollir evidències d'utilitat del CCRQ. En termes d'aplicabilitat, es considera que és un instrument senzill i fàcil d'administrar o incloure en una pràctica clínica habitual ja que és d'autoadministració. Faltaria recollir evidències relacionades amb l'ús i la viabilitat de l'instrument (temps d'administració, acceptació per part dels usuaris i familiars, adequació...)(Muñiz et al., 2013; Ramada-Rodilla et al., 2013). També seria interessant explorar si existeixen diferències basades en el format de complementació (en format paper o en línia), per explorar aquells casos en que es facilita l'accessibilitat.
7. Adaptar i simplificar el CCRQ. Una versió simplificada del qüestionari permetrà una complimentació més àgil i funcional i adaptar-lo per a persones amb les capacitats cognitives disminuïdes (Körner et al., 2017; Muñiz et al., 2013). Tal com comenta Óladóttir et al. (2022), els problemes de salut dels usuaris de

rehabilitació són cada vegada més complexos, amb diferents patologies que van més enllà de la rehabilitació purament física. També és cert, i tenint en compte les recomanacions dels autors que han revisat els diferents instruments d'avaluació, que caldria incloure una pregunta oberta al qüestionari que aportés informació qualitativa sobre l'experiència de l'usuari (McMurray et al., 2016, 2019).

8. Crear el Qüestionari de Rehabilitació Centrat en el Client- versió en català. Una altre línia de treball seria la traducció i l'adaptació cultural de l'instrument CCRQ-e (Capdevila et al., 2022b) a la llengua catalana per a ser administrada en població del país que fonamentalment utilitza aquesta llengua per comunicar-se.

Volem tancar aquest darrer apartat/capítol amb una reflexió crítica en relació a l'ACP. Com s'ha posat de relleu en els estudis que componen la tesi i d'acord amb el que comenta Hammell (2006), la pràctica centrada en el client no és un modus operandi opcional. Sovint existeix la idea que qualsevol professió o professional de la salut pot treballar amb una atenció centrada en la persona quan ho desitgin. I hauria de poder ser així, però en la realitat la decisió d'implicar els clients en la seva intervenció no és opcional. Si la configuració dels serveis de rehabilitació, els equips i el context no estant organitzats i dissenyats per treballar des d'aquest enfocament, no és possible treballar des d'un model ACP (Cott, 2008; Jesus et al., 2016; Martínez, 2015)





## 6. Pla de difusió o divulgació científica

S'anomena divulgació científica al conjunt d'activitats que ajuden a interpretar i fer accessible el coneixement científic al públic en general, entenent com a públic, totes aquelles persones interessades en entendre o informar-se (Sánchez i Roque, 2011). De fet, en la "*Carta Europea del Investigador y al Código de conducta para la contratación de investigadores*" (2005/251/CE), contempla que les persones que investiguen haurien d'assegurar que les seves activitats científiques fossin conegudes i compreses per la societat en general, i no solament pels especialistes del tema. Per tant, és una responsabilitat intrínseca de la pròpia tasca investigadora, la comunicació i transferència del coneixement al públic en general (CRUE i FECYT, 2018; Joy, 2018; Ksj, 2020).

Per aquest motiu, des de l'inici i paral·lelament a tot el procés d'investigació, es dissenya i es porta a terme un pla d'activitat de divulgació científica complementari a la publicació dels articles a les revistes científiques. La difusió engloba diferents activitats amb l'objectiu de compartir i fer accessible el coneixement científic a la societat.

Aquestes accions van des de la difusió científica i/o professional a jornades i congressos, a partir de comunicacions, pòsters, conferències; així com a accions més dirigides a aproximar el coneixement i les competències tant a nivell professional, com comunitari, mitjançant recursos i suports multimèdia (manuais, vídeos, documents tècnics), fent ús dels diferents mitjans de comunicació (internet, xarxes socials).

A continuació es presenten les diferents accions realitzades al llarg de tot el procés, així com les accions previstes a curt termini.

### **6.1 Pla de divulgació de l'estudi 1 i 3 de validació de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* en centres socio-sanitaris i residencials**

#### **6.1.1 Formació/*training*: Manual**

Un dels aspectes clau en aquest estudi ha estat la formació dels professionals participants, per tal d'assegurar que tenien suficients coneixement per

treballar des d'un enfocament centrat en la persona i administrar tant els nous instruments a validar, com tot el procediment que suposava la investigació. Per assolir les competències que es consideraven necessàries es va dissenyar un programa formatiu, de seguiment i suport al llarg de tot el procés. Aquest programa contempla formació tant en el *Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional*, fent una especial referència a l'enfocament centrat a la persona, com l'administració de la COPM CAOT, 2002; Law et al., 2014; Townsend i Polatajko, 2007). Es pot veure programa formatiu a l'Anex 7.

### 6.1.2 Material audiovisual de suport

Com a qualsevol instrument, és important que el professional tingui la formació específica alhora d'administrar la COPM de forma fiable i vàlida. Administrar la COPM implica a primera instància realitzar una entrevista per tal d'extreure les necessitats, problemes o desitjos que afecten a l'acompliment ocupacional de la persona, tenint en compte la perspectiva centrada en la persona i les bases del model. I un cop identificats els problemes ocupacionals, es passa a puntuar el grau d'importància, acompliment i satisfacció. Aquest és un procés que implica aprenentatge i perícia. Per aquest motiu, i com a suport de la formació s'han elaborat una sèrie de materials audiovisuals sobre l'entrevista i el procés d'administració.

Es pot accedir als vídeos des del següent enllaç: [https://youtu.be/\\_U7v70p-ZjPw](https://youtu.be/_U7v70p-ZjPw)

### 6.1.3 Article científic 1:

La primera acció de divulgació científica ha estat la publicació article *Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in older adult rehabilitation and nursing homes: Perceptions among occupational therapists and physiotherapists in Spain*. A la revista *Occupational Therapy International*. És una revista indexada amb factor d'impacte del camp de la teràpia ocupacional situada en el quart quartil. Al ser una revista d'accés obert, ha permès donar una bona accessibilitat a la informació tant a nivell professional com institucional.

### 6.1.4 Newsletter COPM

La COPM té la seva pròpia pàgina web creada per les pròpies autores de l'instrument, amb el suport de la *Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT)*, amb finalitats únicament informatives. El contacte i col·laboració amb les autores de la COPM ha estat rellevant en tot el procés i per aquest motiu una de les autores de la COPM, Anne Carswell, publica una ressenya anomenat *Sharing Knowledge and Experiences is Really What Makes Us Grow as Professionals* a la newsletter COPM (S'adjunta a l'Annex 8). El bulletí es distribueix a més de 1,700 subscriptors, de manera que és una excel·lent manera de compartir i donar visibilitat a l'estudi.

S'hi pot accedir a la publicació en el següent enllaç: <https://mailchi.mp/97c-644d1e291/copm-january-2021-newsletter-4837337?e=2763ef2e04> o mitjançant la web <https://www.thecopm.ca/>

### 6.1.5 Comunicacions i pòster

Presentació de la comunicació: *Utilidad clínica de la Canadian Occupational Performance Measure (COPM) en centros sociosanitarios y residenciales españoles. V Congreso Internacional de Terapia Ocupacional de la Universidad Miguel Hernández de Elche (CITO). 8 de mayo de 2019. Avala la Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO). Congreso internacional de mayor relevancia en TO en el contexto español.*

Presentació del pòster: *The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure: A qualitative study among occupational therapists and physiotherapists in Spain.* E Capdevila, M Rodríguez, M Kapanadze, M Portell. 2nd COTEC-ENOTHE Congress. Prague 2021 (15-18 September 2021). La rellevància del congrés europeu de teràpia ocupacional radica la participació de professionals a nivell mundial.

Presentació de la conferència a jornades en Amèrica llatina és rellevant per fer difusió en context on s'utilitza la versió espanyola de la COPM: *Proceso de validación de la Canadian Occupational Performance Measure- versión española. Hablemos de experiencias laborales en Terapia Ocupacional. Organitzat per la Universidad del Valle. Colombia, 24 de novembre de 2021.*

### 6.1.6 Article científic 3

L'enviament del segon article científic de la COPM titulat "Validesa, fiabilitat i sensibilitat al canvi de la versió espanyola de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* en adults majors dels serveis de rehabilitació", s'ha fet a la revista *Disability and Rehabilitation*. És una revista indexada de prestigi en rehabilitació amb factor d'impacte situada en el segon quartil. Al no ser una revista d'accés obert per a tots els públics, es plantejaran en un futur, accions complementàries per donar una bona accessibilitat a la informació tant a nivell professional com institucional.

### 6.1.7 Altres

A curt termini es farà la presentació del segon estudi a congressos i es realitzarà la divulgació corresponent als professionals, utilitzant els canals tradicionals com són els col·legis professionals, les universitats i les xarxes socials. També es continuarà amb la formació d'estudiants i professionals en l'ús i administració de l'instrument.

## 6.2 Pla de divulgació de l'estudi 2: Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ-e)

### 6.2.1 Article científic

La primera acció de divulgació científica ha estat la publicació article *Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ-e)* a la revista *Disability and Rehabilitation*. És una revista indexada amb factor d'impacte entre el camp de la rehabilitació situada en els primers quartils. Al no ser una revista d'accés obert, més enllà de compartir la investigació en dipòsit digital, plataformes tipus *Reserchgate*, s'han plantejat un seguit d'accions de difusió per tal de fer el treball més accessible a nivell professional o institucional.

### 6.2.2 CCRQ-e: Instrument d'avaluació i manual d'instruccions a la web

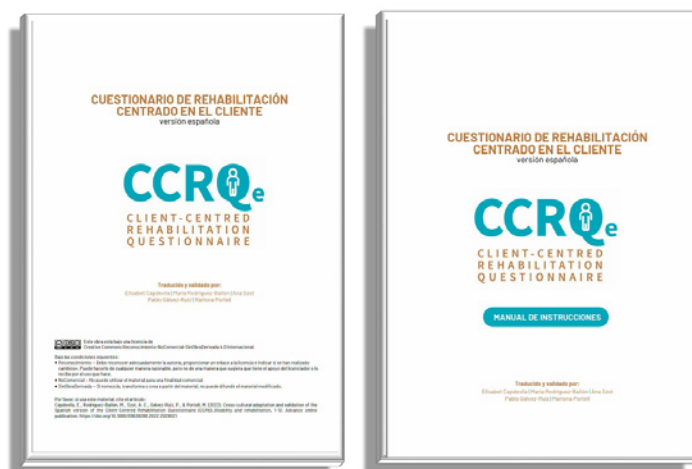
CCRQ-e: Instrument d'avaluació i manual d'instruccions (Figura 7): Un cop publicat el treball de traducció, adaptació i validació del l'instrument, calia dotar de format físic a la pròpia eina d'avaluació. Per aquest motiu es va dissenyar i crear l'instrument *Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente - ver-*

sió espanyola (CCRQ-e) (Capdevila et al., 2022b). Aquest manté el disseny i format inicial proposat per les autores originals de la mesura. Al ser un qüestionari que és a priori autoadministrat pel propi client o persona, i tenint en compte que majoritàriament la població assistent als serveis de rehabilitació són persones grans, s'han tingut en compte aspectes d'accessibilitat universal per facilitar la lectura i resposta. Per tant, es considera important conservar el disseny original en el seu ús, ja sigui en format paper o *online*.

Complementàriament s'ha elaborat un manual d'instruccions del *Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente - versión española* (CCRQ-e) (Capdevila et al., 2022c), per assegurar la correcta administració de l'instrument. Aquest document està organitzat en 5 apartats. Els dos primers corresponen a l'origen i investigació del CCRQ i la presentació de la versió en espanyol del CCRQ-e pel què fa a característiques, administració, format de puntuació i com es calcula. El tercer punt inclou un apartat de preguntes freqüents en relació a l'ús de l'instrument. Els últims apartats del manual inclouen les referències bibliogràfiques més rellevants a consultar, i dues taules amb informació complementària que ajuda a visualitzar els diferents ítems i dimensions.

S'hi pot accedir i descarregar gratuïtament els document des del següent enllaç: <https://eut.fdsll.cat/ccrq-e/>

**Figura 7.** Imatge del l'instrument i el manual d'instruccions CCRQ-e.



Font: Elaboració pròpia

Material audiovisual de suport: A la mateixa pàgina web s'han penjat dos vídeos de presentació breu del manual i l'instrument d'avaluació CCRQ-e. D'aquesta manera permet tenir una primera idea del producte.

S'hi pot accedir als vídeos des del següent enllaç: <https://youtu.be/g95aAop-pQI> i, <https://www.youtube.com/shorts/B-TbtLepP74>

Pàgina web de registre i descàrrega del material del CCRQ-e: Per poder accedir tant a l'instrument d'avaluació CCRQ-e, com al Manual d'instruccions, s'ha habilitat un espai dins la de pàgina/plataforma web de l'Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional, concretament dins l'apartat de recerca. Pel registre i descàrrega del CCRQ-e i el manual d'instruccions (Figura 8). Conjuntament amb la universitat s'ha apostat per contribuir d'aquesta manera en la transferència de coneixement, tant cap a la docència i professionals, com a la comunitat científica. S'assumeix d'aquesta manera la responsabilitat de formar professionals de salut sensibles i competents en la utilització d'aquest instrument, que té com a objectiu donar resposta a les necessitats d'avaluació del model actual de salut centrat en la persona. Alhora, el registre permet fer seguiment de les diferents investigacions i àmbits d'utilització de l'instrument.

S'hi pot accedir a la web des del següent enllaç: [www.euit.fdsll.cat](http://www.euit.fdsll.cat)

**Figura. 8. Espai web per a poder fer la descàrrega del material del CCRQ**



Font: Pàgina web de l'Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (2023)

### 6.2.3 Presentació pública

A data de 1 de desembre del 2022 es va realitzar la presentació pública de l'instrument d'avaluació *Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente* (CCRQ-e) o *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire* (CCRQ-versió espanyola). La presentació va ser en format *on-line* per afavorir l'assistència de públic de diferents països. L'objectiu de la sessió va ser presentar de forma breu el procés de validació, exposar les característiques bàsiques de l'instrument, indicant breument el procés d'administració i càlcul, a més d'informar de com adquirir el qüestionari CCRQ-e i les instruccions de forma gratuïta.

La invitació es va realitzar via email a organismes públics i polítics, institucions, col·legis professionals i universitats de teràpia ocupacional a nivell de l'estat espanyol i Sud-Amèrica, així com el col·legi de fisioteràpia de Catalunya.

L'acte també es va publicitar a les xarxes i canals habituals d'informació de l'Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional.

S'hi pot accedir a la presentació en el següent enllaç: <https://www.youtube.com/watch?v=tjxT2E7r54>

### 6.2.4 Editorial

Posterior a la presentació es rep la invitació per part del president de la revista gallega de teràpia ocupacional en participar en l'editorial de la revista.

*Presentación de la traducción, adaptación y validación del Client-Centred Rehabilitation Questionnaire - versión española* (CCRQ-e). *Tog* (A Coruña) Vol 19. Num 3. Nov. 2022. ISSN 1885-527X. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com).

Aquesta contribució a estat rellevant, pel fet que és una revista d'accés obert de referència estatal en la teràpia ocupacional. Aquesta publicació ha contribuït a augmentar la visibilitat i l'accés a la informació dins el col·lectiu de professional (Capdevila et al., 2022d).

Es pot veure a l'Annex 9 o accedir a la publicació en el següent enllaç: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/178>

### 6.2.5 Comunicació

Presentació de la comunicació: *Traducción, adaptación y validación del*



*Client-Centred Rehabilitation Questionnaire - versión española (CCRQ-e). V Congreso Internacional de Terapia Ocupacional de la Universidad Miguel Hernández de Elche (CITO). 11 de maig de 2023. Avalat per la Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO).*

### **6.2.6 Altres contribucions vinculades als estudis.**

**Congrés:** *E Capdevila (Coordinadora de la taula). Teràpia Ocupacional i Atenció Centrada en la Persona: facilitant la vida quotidiana. Col·legi Professional de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya. Col·legi de Teràpia Ocupacional de Catalunya (COTOC)- EUIT-UVIC al CCCB- Barcelona. 28 de novembre 2017.*

**Conferència en sessió científica:** *Validació d'instruments: pautes i complexitat del procés. Prof. Elisabet Capdevila, Dra. Helena Roig, Dra Laura Vidaña. Organitzada per la Unitat de Suport a la Recerca de l'Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa, 3 de febrer de 2022.*

**Participació com expert en:** Revisió del document del Pla d'Atenció Sanitària a les Persones Afectes de Deteriorament Cognitiu i Demència de Catalunya (PLADEMCAT 2020-24). Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 2019-2020.

Elaboració del nou Pla de rehabilitació de Catalunya. Subgrup d'experts en l'Àmbit de la Prevenció i Promoció de la Salut. Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya (COTOC). Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (Departament de Salut, 2022b).

**Xarxes socials:** Per donar major visibilitat i projecció a la validació dels instruments s'han utilitzat les xarxes socials com a complement en tot el procés de difusió. Això ha permès arribar a major nombre de professionals i investigadors interessats a la COPM i el CCRQ-e. Els canals de comunicació han estat principalment via grups de WhatsApp professionals i el compte de Facebook i Instagram professional de l'autora.

Es preveu continuar treballant en aquesta línia a mesura que es vagi treballant en diferents estudis que inclouen aquests instruments, considerant que la transferència del coneixement i de les evidències, esdevenen claus per aproximar la recerca a la pràctica professional.

## 7. Referències

- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(Supplement\_2), 7412410010p1-7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/AJOT.2020.74S2001>
- Armstrong, J. (2008). The benefits and challenges of interdisciplinary, client-centred, goal setting in rehabilitation. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 20-25. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105760659&site=ehost-live>
- Atashi, Shahram, A., Mohammad, H., i Seyyed Ali, H. (2010). Reliability of the Persian version of Canadian Occupational Performance Measure for Iranian elderly population. *Iranian Rehabilitation Journal*, 8(12), 26-30. <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-188-en.html>
- Ayres, S. (2010). Colaboración centrada en el cliente. En *Willard & Spackman Occupational Therapy* (p. 286-290). Panamericana.
- Bianchini, E., Della Gatta, F., Virgilio, M., Alborghetti, M., Salvetti, M., Giubilei, F., i Pontieri, F. E. (2022). Validation of the Canadian Occupational Performance Measure in Italian Parkinson's Disease Clients. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 40(1), 26-37. <https://doi.org/10.1080/02703181.2021.1942392>
- Bodiam, C. (1999). The Use of the Canadian Occupational Performance Measure for the Assessment of Outcome on a Neurorehabilitation Unit. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(3), 123-126. <https://doi.org/10.1177/030802269906200310>
- Buiza, C., García-Soler, Á., Díaz-Veiga, P., Arriola, E., i Fernández, E. (2020). Development and validation of an observational tool for the assessment of well-being in people with dementia from the perspective of Person Centred Care: List of Well-being Indicators of Wellbeing. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(3), 147-155. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.06.006>
- Bullich-Marín, I., Sánchez-Ferrín, P., Cabanes-Duran, C., i Salvà-Casanovas, A. (2017). Social and health resources in Catalonia. Current situation. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(6), 342-347. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.01.002>
- Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). (2002). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective* (Rev. ed). CAOT Publications ACE.
- Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Kapanadze, M., i Portell, M. (2020). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in older adult rehabilitation and nursing homes: perceptions among Occupational Therapists and Physiotherapists in Spain. *Occupational Therapy International*, 2020(3071405). <https://doi.org/10.1155/2020/3071405>

- Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Szot, A. C., Gálvez-Ruiz, P., i Portell, M. (2022a). Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ). *Disability and Rehabilitation*, 45(2), 310-321. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2028021>
- Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Szot, A., Gálvez-Ruiz, P., i Portell, M. (2022b). *Cuestionario de rehabilitación centrado en el cliente- versión española* [Instrumento]. Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa. <https://eut.fdsll.cat/ccrq-e/>
- Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Szot, A., Gálvez-Ruiz, P., i Portell, M. (2022c). *Cuestionario de rehabilitación centrado en el cliente- versión española* [Manual de instrucciones]. Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa. <https://eut.fdsll.cat/ccrq-e/>
- Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Szot, A., Gálvez-Ruiz, P., i Portell, M. (2022d). Presentación de la traducción, adaptación y validación del Client-Centred Rehabilitation Questionnaire- versión española (CCRQ-e). *TOG (A Coruña)*, 19(2), 84-87. <https://doi.org/S1885-527X2022000300002>
- Carpenter, L., Baker, G. a, i Tyldesley, B. (2001). The use of the Canadian occupational performance measure as an outcome of a pain management program. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 16-22. <https://doi.org/10.1177/000841740106800102>
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., i Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210-222. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/000841740407100406>
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., i Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Chan, C. C. H., i Lee, T. M. C. (1997). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*, 4(3), 229-247. <https://doi.org/10.1002/oti.58>
- Chaves, G. de F. dos S., Oliveira, A. M., Chaves, J. A. dos S., Forlenza, O. V., Aprahamian, I., i Nunes, P. V. (2016). Assessment of impairment in activities of daily living in mild cognitive impairment using an individualized scale. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 74(7), 549-554. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20160075>
- Chenq, Y.-H., Rodger, S., i Polatjko, H. (2002). Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occupational Therapy International*, 9(3), 167-184. <https://doi.org/10.1002/oti.163>
- Colquhoun, H. L., Islam, R., Sullivan, K. J., Sandercock, J., Steinwender, S., i Grimshaw, J. M. (2020). Behaviour Change Domains Likely to Influence Occupational Therapist Use of the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*, 2020, 3549835. <https://doi.org/10.1155/2020/3549835>

- Colquhoun, H. L., Letts, L. J., Law, M. C., MacDermid, J. C., i Missiuna, C. A. (2012). Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: *Effect on practice*. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(2), 120-128. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.2.7>
- Colquhoun, H., Letts, L., Law, M., MacDermid, J., i Edwards, M. (2010a). Feasibility of the Canadian occupational performance measure for routine use. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(2), 48-54. <https://doi.org/10.4276/030802210X12658062793726>
- Colquhoun, H., Letts, L., Law, M., MacDermid, J., i Edwards, M. (2010b). Routine administration of the Canadian Occupational Performance Measure: effect on functional outcome. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(2), 111-117. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00784.x>
- COPM. (2023). *The Canadian Occupational Performance Measure*. <https://www.thecopm.ca/>
- Cott, C. (2008). Client-centred rehabilitation: what is it and how do we measure it? *Physiotherapy*, 94(2), 89-90. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2008.02.004>
- Cott, C., Teare, G., McGilton, K. S., i Lineker, S. (2006). Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disability and Rehabilitation*, 28(22), 1387-1397. <https://doi.org/10.1080/09638280600638398>
- CRUE, i FECYT. (2018). *Guía de valoración de la actividad de divulgación científica del personal académico e investigador*. [https://eventos.crue.org/\\_files/\\_event/\\_23313/\\_editor-Files/file/Documentos/Presentaciones/20181130\\_1145\\_1330\\_Guia\\_Valorizacion.pdf](https://eventos.crue.org/_files/_event/_23313/_editor-Files/file/Documentos/Presentaciones/20181130_1145_1330_Guia_Valorizacion.pdf)
- Cup, E. H., Scholte op Reimer, W. J., Thijssen, M. C., i van Kuyk-Minis, M. A. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17(4), 402-409. <https://doi.org/10.1191/0269215503cr635oa>
- Curtin, M., i Fossey, E. (2007). Appraising the trustworthiness of qualitative studies: Guidelines for occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(2), 88-94. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00661.x>
- Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I. C. J. M., Dekker, J., i Beelen, A. (2004). Validity of the Canadian occupational performance measure: A client-centred outcome measurement. *Clinical Rehabilitation*, 18(6), 660-667. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr746oa>
- ACORD GOV/91/2019, de 25 de juny, pel qual es crea el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS), Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 1(2019). <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/7906/1751108.pdf>
- Departament de Salut. (2006). *Pla director sociosanitari. Planificació i Avaluació*. [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/salut\\_i\\_qualitat/plans\\_directors/sociosanitari/pla\\_director/documents/pd\\_socisanitari271006.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/sociosanitari/pla_director/documents/pd_socisanitari271006.pdf)
- Departament de Salut. (2014). *Cartera de serveis sociosanitaris*. <https://hdl.handle.net/11351/7034>

- Departament de Salut. (2015). *Adequació de la xarxa socio-sanitària en l'atenció a la cronicitat*. <https://hdl.handle.net/11351/7035>
- Departament de Salut. (2017). *Pla director socio-sanitari. Estratègies 2017-2019*. <https://hdl.handle.net/11351/3985>
- Departament de Salut. (2021). *Pla de salut de Catalunya 2021-2025*. <https://hdl.handle.net/11351/7948>
- Departament de Salut. (2022a). *Atenció Integrada Social i Sanitària (AISS). Conceptualització*. <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/aiss-conceptualitzacio.pdf>
- Departament de Salut. (2022b). *Pla de rehabilitació de Catalunya: abordatge integral del funcionament i la discapacitat*. <https://hdl.handle.net/11351/9485>
- Departament de Salut. (2023a). *Cartera de serveis d'atenció intermèdia*. <https://hdl.handle.net/11351/9111>
- Departament de Salut. (2023b). *Pla estratègic d'atenció geriàtrica especialitzada de Catalunya: bases del model de futur*. <https://hdl.handle.net/11351/9118>
- Departament de Salut i Departament de Drets Socials. (2022). *Model d'atenció integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran*. <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/residencies/model-atencio-residencies.pdf>
- Departament de Treball, A. S. i F. (2023). *Pla estratègic de serveis socials 2021-2024*. [https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/pla\\_estrategic\\_serveis\\_socials\\_2021\\_2024](https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/pla_estrategic_serveis_socials_2021_2024)
- Doyle, C., Lennox, L., i Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/ceda04c1eeea21ee1fcdb86460e69fdf>
- Durante, P., i Pedro, P. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica* (3a ed.). Masson.
- Enemark, A., i Carlsson, G. (2012). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(2), 204-213. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.574151>
- Enemark, A., Jessen Winge, C., i Christensen, J. R. (2021). Clinical utility of the Danish version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(3), 239-250. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1634150>
- Enemark, A., Morville, A. Le, i Hansen, T. (2017). Translating the Canadian Occupational Performance Measure to Danish, addressing face and content validity. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 0(0), 1-13. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1388441>
- Enemark, A., Rasmussen, B., i Christensen, J. R. (2018). Enhancing a client-centred practice with the Canadian occupational performance measure. *Occupational Therapy International*, 2018, 5956301. <https://doi.org/10.1155/2018/5956301>

- Enemark, A., Wehberg, S., Christensen, J. R., i Berardi, A. (2020). The Validity of the Danish Version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*, 2020, 1309104. <https://doi.org/10.1155/2020/1309104>
- Enemark, A., Wehberg, S., Christensen, J. R., i Tofani, M. (2020). Looking into the Content of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM): A Danish Cross-Sectional Study. *Occupational Therapy International*, 2020, 9573950. <https://doi.org/10.1155/2020/9573950>
- Eyssen, I. C. J. M., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M., i Dekker, J. (2005). The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clinical Rehabilitation*, 19(8), 888-894. <https://doi.org/10.1191/0269215505cr883oa>
- Eyssen, I. C. J. M., Steultjens, M. P. M., Oud, T. A. M., Bol, E. M., Maasdam, A., i Dekker, J. (2011). Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 48(5), 517-528. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2010.06.0110>
- Fisher, M., Pryor, J., Capell, J., Alexander, T., i Simmonds, F. (2020). The psychometric properties of a modified client-centred rehabilitation questionnaire in an Australian population. *Disability and Rehabilitation*, 42(1), 122-129. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1494214>
- Generalitat de Catalunya. (2001). *Model d'atenció a les persones grans en residències assistides*. [www.inforesidencias.com](http://www.inforesidencias.com)
- Generalitat de Catalunya. (2023a). *Atenció sociosanitària*. <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-sociosanitaria/>
- Generalitat de Catalunya. (2023b). *Residència assistida*. [https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits\\_tematics/gent\\_gran/residencies\\_centres\\_de\\_dia\\_i\\_habitatges\\_tutelats/residencies/servei\\_de\\_residencia\\_assistida/index.html](https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/gent_gran/residencies_centres_de_dia_i_habitatges_tutelats/residencies/servei_de_residencia_assistida/index.html)
- Grosset, K. A., i Grosset, D. G. (2005). Patient-perceived involvement and satisfaction in Parkinson's disease: Effect on therapy decisions and quality of life. *Movement Disorders*, 20(5), 616-619. <https://doi.org/10.1002/mds.20393>
- Guidetti, S., Eriksson, G., von Koch, L., Johansson, U., i Tham, K. (2020). Activities in Daily Living: The development of a new client-centred ADL intervention for persons with stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1849392>
- Gupta, J., i Taff, S. D. (2015). *The illusion of client-centred practice*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 244-251. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1020866>
- Gustafsson, L., Mitchell, G., Fleming, J., i Price, G. (2012). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in spinal cord injury rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(7), 337-342. <https://doi.org/10.4276/030802212X13418284515910>
- Hammell, K. R. (2006). *Perspectives on Disability and Rehabilitation: Contesting Assumptions, Challenging Practice*. Churchill Livingstone/Elsevier.

- Hammell, K. R. (2013). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 174-181. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.752032>
- Hammell, K. R. (2015). Client-centred occupational therapy: The importance of critical perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 237-243. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1004103>
- Hansen, A. Ø., Kristensen, H. K., Cederlund, R., Lauridsen, H. H., i Tromborg, H. (2018). Client-centred practice from the perspective of Danish patients with hand-related disorders. *Disability and Rehabilitation*, 40(13), 1542-1552. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1301577>
- IDESCAT. (2023). *Indicadors demogràfics i de territori. Estructura per edats, envelliment i dependència. Catalunya*. <http://www.idescat.cat/pub/?geo=cat&id=ind-dt&n=915#Plegable=geo>
- International Test Commission. (2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition). En [www.InTestCom.org]. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1975.tb00322.x>
- Jesus, T. S., Bright, F., Kayes, N., i Cott, C. A. (2016). Person-centred rehabilitation: what exactly does it mean? Protocol for a scoping review with thematic analysis towards framing the concept and practice of person-centred rehabilitation. *BMJ Open*, 6(7), e011959. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011959>
- Jesus, T. S., Papadimitriou, C., Bright, F. A., Kayes, N. M., Pinho, C. S., i Cott, C. A. (2022). Person-Centered Rehabilitation Model: Framing the Concept and Practice of Person-Centered Adult Physical Rehabilitation Based on a Scoping Review and Thematic Analysis of the Literature. En *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (Vol. 103, Número 1, p. 106-120). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.05.005>
- Joosten, A. V. (2015). *Contemporary occupational therapy: Our occupational therapy models are essential to occupation centred practice*. 62(3), 219-222. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12186>
- Joy, E. (2018). *Comunicación y divulgación científica en los grupos de investigación de la UA*.
- Karstensen, J. K., i Kristensen, H. K. (2021). Client-centred practice in Scandinavian contexts: A critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(1), 46-62. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1769183>
- Kjeken, I., Dagfinrud, H., Uhlig, T., Mowinckel, P., Kvien, T. K., i Finset, A. (2005). Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. *Journal of Rheumatology*, 32(8), 1503-1509. <https://www.jrheum.org/content/jrheum/32/8/1503.full.pdf>
- Kjeken, I., Slatkowsky-Christensen, B., Kvien, T. K., i Uhlig, T. (2004). Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: Validity, responsiveness, and feasibility. *Arthritis Care and Research*, 51(5), 709-715. <https://doi.org/10.1002/art.20522>

- Körner, M., Dangel, H., Plewnia, A., Haller, J., i Wirtz, M. A. (2017). Psychometric evaluation of the Client-Centered Rehabilitation Questionnaire (CCRQ) in a large sample of German rehabilitation patients. *Clinical Rehabilitation*, 31(7), 926-935. <https://doi.org/10.1177/0269215516665158>
- Ksj. (2020). *Manual de edició científica* por KSJ. <https://ksjhandbook.org>.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., i Pollock, N. (2014). *Medida Canadiense de Desempeño de Funciones Ocupacionales* (3a ed). CAOT Publications ACE.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., i Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82-87. <https://doi.org/10.1177/000841749005700207>
- Law, M., Batiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., i Pollock, N. (2019). *Canadian Occupational Performance Measure* (5th ed.-revised).
- Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., Mccoll, M. A., Carswell, A., i Baptiste, S. (1994). Pilot testing of the canadian occupational performance measure: Clinical and measurement issues. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 191-197. <https://doi.org/10.1177/000841749406100403>
- Macleod, R., i Mcpherson, K. M. (2007). Care and compassion: Part of person-centred rehabilitation, inappropriate response or a forgotten art? *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1589-1595. <https://doi.org/10.1080/09638280701618729>
- Maitra, K. K., i Erway, F. (2006). Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(3), 298-310. <https://doi.org/10.5014/ajot.60.3.298>
- Martínez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación* [Universidad de Oviedo]. [http://digi-buo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33762/1/TD\\_TeresaMartinez.pdf](http://digi-buo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33762/1/TD_TeresaMartinez.pdf)
- Martínez, T. (2017). Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica*, 31(3), 83-89. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/evaluacionACPRAGG.pdf>
- Martínez, T., Martínez-Loredo, V., Cuesta, M., i Muñiz, J. (2020). Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 62-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.003>
- Martínez, T., Postigo, Á., Cuesta, M., i Muñiz, J. (2021). Person-Centred Care for older people: Convergence and assessment of users' relatives' and staff's perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2916-2927. <https://doi.org/10.1111/jan.14821>
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., i Yanguas, J. (2016). Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. *Psicothema*, 28(2), 114-121. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.263>



- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., i Muñiz, J. (2015a). Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging & Mental Health*, 20(5), 550-558. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768>
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., i Muñiz, J. (2015b). The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 175-185. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.12.001>
- McColl, M., Law, M., Baptiste, S., Pollock, N., Carswell, A., i Polatajko, H. J. (2005). Targeted Applications of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 298-300. <https://doi.org/10.1177/000841740507200506>
- McColl, M., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., i Law, M. (2000). Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 22-30. <https://doi.org/10.1177/000841740006700105>
- McMurray, J., McNeil, H., Gordon, A., Elliott, J., i Stolee, P. (2019). Building a Rehabilitative Care Measurement Instrument to Improve the Patient Experience. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(1), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.05.022>
- McMurray, J., McNeil, H., Lafortune, C., Black, S., Prorok, J., i Stolee, P. (2016). Measuring patients' experience of rehabilitation services across the care continuum. Part II: Key dimensions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(1), 121-130. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.08.408>
- Mead, N., i Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Muñiz, J., Elosua, P., i Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Muñiz, J., i Hernández, A. (2015). Nuevas directrices para la calidad y uso de los test. *Papeles del psicólogo*, 36(3), 161-173. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2609.pdf>
- Naciones Unidas. (2002). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mi-paa-sp.pdf>
- Nielsen, T. L. (2018). Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1. <http://mendeley.csuc.cat/fitters/df4853be4f869c81fad8d41b644bba8c>
- Nolte, E., Mercur, S., i Anell, A. (2020). Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges. En *Achieving Person-Centred Health Systems*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108855464>

- Ohno, K., Tomori, K., Sawada, T., Seike, Y., Yaguchi, A., i Kobayashi, R. (2021). Measurement Properties of the Canadian Occupational Performance Measure: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 75(6). <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.041699>
- Óladóttir, S., Pálmadóttir, G., Óskarsson, G. K., i Egilson, S. T. (2022). Psychometric properties of the client-centred rehabilitation questionnaire-is derived from a large and varied group of rehabilitation users. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2160835>
- OMS. (2013). *People-Centred Health Care: a policy framework*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206971/9789290613176\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206971/9789290613176_eng.pdf)
- OMS. (2015). WHO Global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. En *Service Delivery and Safety*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>
- OMS. (2016). *Estrategia mundial Envejecimiento y salud. 2016-2020*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>
- OMS. (2020). *Decade of Healthy Ageing: 2020-2030*. World Health Organization. <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/decade-of-healthy-ageing-2020-2030/>
- OMS. (2021). *Marco de competencias para la rehabilitación*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341119>
- Papadimitriou, C., i Cott, C. (2015). Client-centred practices and work in inpatient rehabilitation teams: Results from four case studies. *Disability and Rehabilitation*, 37(13), 1135-1143. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.955138>
- Parker, D. M., i Sykes, C. H. (2006). A systematic review of the Canadian Occupational Performance Measure: a clinical practice perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 150-160. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/030802260606900402>
- PIAISS. (2016). *L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya* (A. González Mestre, J. L. Piqué Sánchez, i A. Vila Rull, Ed.). Generalitat de Catalunya. Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària. [https://xarxanet.org/sites/default/files/gene\\_atencio\\_centrada\\_en\\_la\\_persona\\_gener\\_2016.pdf](https://xarxanet.org/sites/default/files/gene_atencio_centrada_en_la_persona_gener_2016.pdf)
- Plewnia, A., Bengel, J., i Körner, M. (2016). Patient-centeredness and its impact on patient satisfaction and treatment outcomes in medical rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 2063-2070. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.018>
- Pollock, N., Baptiste, S., Law, M., McColl, M. a, Opzoomer, a, i Polatajko, H. (1990). Occupational performance measures: a review based on the guidelines for the client-centred practice of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 77-81. <https://doi.org/10.1177/000841749005700206>

- Pozzi, C., Lanzoni, A., Graff, M. J. L., i Morandi, A. (2020). Occupational therapy for older people. En C. Pozzi, A. Lanzoni, M. J. L. Graff, i A. Morandi (Ed.), *Occupational Therapy for Older People*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-35731-3/COVER>
- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., i Delclós-Clanchet, G. L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica de Mexico*, 55(1), 57-66. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100009>
- Ranner, M., Von Koch, L., Guidetti, S., i Tham, K. (2016). Client-centred ADL intervention after stroke: Occupational therapists experiences. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(2), 81-90. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1115549>
- Ree, E., Wiig, S., Manser, T., i Storm, M. (2019). How is patient involvement measured in patient centeredness scales for health professionals? A systematic review of their measurement properties and content. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3798-y>
- Rodríguez, C. (2023). *Aprendizaje Reflexivo y Tutorías de Prácticum II de Terapia Ocupacional en la Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa*. Universitat de Barcelona.
- Rodríguez, P., i Vilà, A. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Tecnos.
- Rodríguez-Bailón, M., López-González, L., i Merchán-Baeza, J. A. (2020). Client-centred practice in occupational therapy after stroke: A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(2), 89-103. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1856181>
- Roe, D., Brown, T., i Thyer, L. (2020). Validity, responsiveness, and perceptions of clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure when used in a sub-acute setting. *Disability and Rehabilitation*, 42(19), 2772-2789. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1573934>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Paidós.
- Rogers, J., i Holms, M. (2009). The occupational therapy process. En E. Crepeu & B. Shell (Ed.), *William & Spackman's Occupational Therapy* (11a ed.). Lippincott, Williams & Williams.
- Rojano i Luque, X., Serra Marsal, E., Soler Cors, O., i Salvà Casanovas, A. (2021). Impact of a Person Centred Care Model on the quality of life, well-being, and thriving in nursing homes. A cross-sectional study. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(1), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.007>

- Sánchez, R., i Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*, 6(3), 302-318. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642004000300006>
- Sánchez, Y., i Roque, Y. (2011). La divulgación científica: una herramienta eficaz en centros de investigación científica. *Año*, 7(7), 91-94. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5704469>
- Sawada, T., Tomori, K., Kimori, Y., Kato, M., Wakabayashi, M., Ohno, K., Seike, Y., i Saito, Y. (2020). Routine use proportion and determining factors of the Canadian Occupational Performance Measure in the real-world setting: A retrospective cross-sectional study in Japan. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(8), 538-544. <https://doi.org/10.1177/0308022620905444>
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., i Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness-A systematic review and concept analysis. En *PLoS ONE* (Vol. 9, Número 9). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Silva, D. (2014). *Helping measure person centred care: a review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care: evidence review*. Health Foundation. <http://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf>
- Simó, S., i Urbanowski, R. (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. *TOG (A Coruña)*, 3(3), 1-27. <https://www.revistatog.es/num3/pdfs/Expertol.pdf>
- Slade, M., Thornicroft, G., i Glover, G. (1999). The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 243-249. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s001270050139>
- Smart, A. (2006). A multi-dimensional model of clinical utility. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 18(5), 377-382. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl034>
- Spadaro, A., Lubrano, E., Massimiani, M. P., Gaia, P., Perrotta, F. M., Parsons, W. J., Ferrara, N., i Valesini, G. (2010). Validity, responsiveness and feasibility of an Italian version of the Canadian Occupational Performance Measure for patients with ankylosing spondylitis. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28(2), 215-222.
- Stevens, A., Beurskens, A., Köke, A., i Van Der Weijden, T. (2013). The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: A systematic review of available instruments and their feasibility. *Clinical Rehabilitation*, 27(11), 1005-1019. <https://doi.org/10.1177/0269215513490178>
- Šuc, L., Švajger, A., i Bratun, U. (2020). Goal Setting Among Experienced and Novice Occupational Therapists in a Rehabilitation Center. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(4), 287-297. <https://doi.org/10.1177/0008417420941979>
- Sumsion, T., i Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/000841740607300303>

- Švajger, A., i Piškur, B. (2016). The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in vocational rehabilitation: A qualitative study among occupational therapists in Slovenia. *Work*, 54(1), 223-233. <https://doi.org/10.3233/WOR-162287>
- The\_EuroQol\_Group. (1990). EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy*, 16(3), 199-208. <https://doi.org/10109801>
- Thyer, L., Brown, T., i Roe, D. (2018). The Validity of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) When Used in a Sub-Acute Rehabilitation Setting with Older Adults. *Occupational Therapy In Health Care*, 32(2), 137-153. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1446233>
- Toomey, M. (1995). The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 242-249.
- Townsend, E. A., i Polatajko, H. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. CAOT Publications ACE.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Langeland, E., Espehaug, B., i Kjekken, I. (2016). Psychometric properties of the Canadian occupational performance measure in home-dwelling older adults. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 411-423. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S113727>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda For Sustainable Development*. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- Villar, F., Vila-Miravent, J., Celdrán, M., i Fernández, E. (2015). La evaluación del bienestar en pacientes con demencia: validez y fiabilidad de la versión española del Dementia Care Mapping (DCM). En *Estudios de Psicología* (Vol. 36, Número 2, p. 389-412). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/02109395.2015.1026124>
- WFOT. (2018). *Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations*. <https://wfot.org/resources/defihttps://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisationsnitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>
- Wilberforce, M., Challis, D., Davies, L., Kelly, M. P., Roberts, C., i Clarkson, P. (2017). Person-centredness in the community care of older people: A literature-based concept synthesis. *International Journal of Social Welfare*, 26(1), 86-98. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12221>
- Wilberforce, M., Challis, D., Davies, L., Kelly, M. P., Roberts, C., i Loynes, N. (2016). Person-centredness in the care of older adults: A systematic review of questionnaire-based scales and their measurement properties. *BMC Geriatrics*, 16(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0229-y>
- Wilcock A. (1998). Reflections on Doing, Being and Becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy*.65(5),248-256.<https://doi.org/10.1177/000841749806500501>

- Wressle, E., Eeg-Olofsson, A. M., Marcusson, J., i Henriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(1), 5-11. <https://doi.org/10.1080/165019702317242640>
- Wressle, E., Samuelsson, K., i Henriksson, C. (1999). Responsiveness of the Swedish Version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6(2), 84-89. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/110381299443771>
- Wressle, Ewa., Marcusson, Jan., i Henriksson, Chris. (2002). Clinical Utility of the Canadian Occupational Performance Measure - Swedish Version. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 40-48. <https://doi.org/10.1177/000841740206900104>
- Yang, S.-Y., Lin, C.-Y., Lee, Y.-C., i Chang, J.-H. (2017). The Canadian occupational performance measure for patients with stroke: a systematic review. *The Journal of Physical Therapy Science*, 29, 548-555. [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/29/3/29\\_jpts-2016-721/\\_pdf/-char/en](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/29/3/29_jpts-2016-721/_pdf/-char/en)
- Zimmermann, L., Konrad, A., Müller, C., Rundel, M., i Körner, M. (2014). Patient perspectives of patient-centeredness in medical rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, 96(1), 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.015>
- Zunzunegui, M. V., i Béland, F. (2010). Intersectoral policies to meet the challenge of active aging. SESPAS report 2010 | Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(SUPPL. 1), 68-73. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.08.004>



## 8. Agraïments

Un dels apartats més significatius d'aquesta tesi és l'agraïment. Al llarg d'aquests anys, són moltes les persones que hi han participat i que han estat al meu costat donant-me suport, tant a nivell professional com emocional. Tinc la gran sort de tenir gent meravellosa al meu voltant sense la qual aquesta arduosa feina no hauria estat possible. Són molts aquells a qui he de donar les GRÀCIES.

A les directores de tesi, per la seva expertesa, calidesa, suport i empena, encoratjament en empoderar-me com a investigadora. Unes grans mestres que realment m'han aportat tot el que sé de la investigació aplicada. A la Mariona, per la il·lustre i erudita saviesa de l'experiència i el coneixement, de gran força moral, nodrida per la cura i la tendresa. A la Maria, per l'empena, la força, i la vitalitat que emana en tot moment, i per la seva naturalitat i desimboltura, per fer fàcil el més complex.

A les persones que han col·laborat i que han donat suport a la investigació: Maria Kapanadze, Carmen Moratinos, Ana Szot, Pablo Gálvez i Eva Penelo per les serves valuoses contribucions en cada un dels projectes. De cada un d'ells em quedo amb el m'han ensenyat.

Agrair també la implicació de les autores originals dels instruments, tant per l'acord de permís/autorització, com per compartir la idea del projecte. Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene J Polatajko i Nancy Pollock com a autores de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* i la Cheryl Cott, com a autora principal del *Client Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)*. En ambdós casos, la resposta cap a la proposta de validació en el context espanyol, va ser positiva i alentadora i totes elles han estat vinculades al llarg del procés de validació.

També la implicació dels professionals era indispensable per assolir la fita, per aquest motiu, es va iniciar la recerca reclutant terapeutes ocupacionals de centres sociosanitaris o residències de Catalunya, interessats a participar en l'estudi, via el Col·legi Oficial de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya (COTOC) i professionals col·laboradors amb l'Escola d'Infermeria i Teràpia Ocupacional (EUIT). Agrair, al Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya (COTOC), el



seu suport en tot el procés i també als diferents centres i equips de rehabilitació (terapeutes ocupacionals i/o fisioterapeutes) per la col·laboració i l'interès de participació en l'estudi. En especial agrair a la Marga Quintana la gestió i coordinació de la investigació en tots els centres Mutuam.

Als participants, a les persones que en algun moment van ser usuaris dels serveis de rehabilitació. A tots ells m'agradaria fer-los saber que la seva participació és i serà en benefici d'altres persones, ja que aquest instrument ha de propiciar a que les persones puguin ser ateses com es mereixen

Als meus companys i companyes de feina, les actuals i les que gaudeixen de la jubilació, els vull agrair la vostra paciència i el suport emocional constant.

A l'Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional. A la direcció, a la coordinació de Teràpia ocupacional, a les persones que formen part de la unitat de suport a la recerca, a la de comunicació i promoció, a la de sistemes d'informació ... i un reconeixement molt especial per les bibliotecàries. També a la família Cordern, per la seva aportació professional i saber estar.

Als estudiants que varen col·laborar en els grups focals i a tots els que han valorat aquest treball de validació i m'han animat a seguir dia rere dia amb aquesta feina.

A les meves amigues, per tot el seu suport al llarg del procés. A les meves tres Pilars, les cuquis, les fantàstiques, les estupendes, les "emadors", la gent del Pujol i de Boí, a l'Agnès, la Maria, la Dolors, la Gemma i l'Anna. A tots i totes agrair-los que sempre han estat al meu costat, compensant amb la seva alegria i bon fer els moments més durs d'aquest procés.

A tota la meva família de Cardona, en especial la meva filla Sira i al Joan per la seva paciència, comprensió i acompanyament al llarg de tot el procés. Aquesta tesi també és seva, ja que durant molts anys ha format part del nostre dia a dia en família.

A la meva germana, pel seu suport incondicional en fer de tot, de mare, de tia, d'amiga, de professional i d'usuària. Sense el seu temps dedicat a ajudar-me, aquesta tesi no hauria pogut ser.

Als meus pares que m'han cuidat durant tot el procés cada un procurant a la seva manera que no em faltés res amb tot l'amor i tota la comprensió. Gràcies per cuidar-me i donar-me forces en els moments més baixos. Sense ells tampoc hauria estat possible.

I a totes aquelles persones que de ben segur em descuido però que en algun moment m'han ajudat a fer camí.

A totes, moltes, moltes GRÀCIES.

Relació d'institucions o centres i professionals que han participat en aquest estudi:

- 1 Albada Centre Sociosanitari. Parc Taulí, Hospital Universitari. Sabadell (Mònica Roldán, Mireia Etxebarria i Natàlia Sanz – Terapeutes Ocupacionals)
- 2 Casal, Residència i Centre de dia Mutuam Sant Cugat – Grup Mutuam (Isabel Casanovas, Rafael Àngel Casasús – Terapeutes Ocupacionals)
- 3 Centre Assistencial Mutuam Collserola – Grup Mutuam. (Margarita Quintana-Directora)
- 4 Centre Residencial Jardins de Valldoreix. Sant Cugat del Vallès (Núria Quintana – Terapeuta Ocupacional)
- 5 Centre Residencial Mutuam Manresa – Grup Mutuam. (Alexandra Rodríguez i Aida Burgès – Terapeutes Ocupacionals)
- 6 Clínica Sant Antoni. Centro Sociosanitari. Barcelona. (Sandra Cosialls- Terapeuta Ocupacional / Sandra Bielsa – Terapeuta Ocupacional i Fisioterapeuta)
- 7 Hospital Comarcal Sant Bernabé (HCSB). Berga. (Elena Cunill- Terapeuta Ocupacional)
- 8 Hospital de St. Andreu. Fundació sociosanitària de Manresa (Imma Ficapal – Terapeuta Ocupacional)
- 9 Hospital de Terrassa - Consorci Sanitari de Terrassa (CST)(Gemma Montolio- Terapeuta Ocupacional)
- 10 Hospital Sant Llützer – Consorci Sanitari de Terrassa (CST)(Núria Berga- Terapeuta Ocupacional / M<sup>a</sup> Eulàlia Guijosa- Terapeuta Ocupacional)
- 11 Hospital Sociosanitari Mutuam Girona – Grup Mutuam. (Estel Ball-Llosera i Eva Barris – Terapeutes Ocupacionals / Cristina Oliveras – Fisioterapeuta)

- 12 Residència Assistida Rubí. ICASS- Grup Mutuam. Rubí. (Maite González i Carola Nuñez – Terapeutes Ocupacionals / Marta Sánchez – Fisioterapeuta)
- 13 Residència Can Codina. Fundació Can Codina. Tona (Pilar Marmi – Terapeuta Ocupacional / Marta Roca – Fisioterapeuta)
- 14 Residència Casal Oller. Hostalets de Balenyà. (Irene Rovira – Terapeuta Ocupacional / Isabel Salido – Fisioterapeuta)
- 15 Residència i Centre de Dia Font Florida – ICASS Barcelona- Grup Mutuam (Inés Barriga – Terapeuta Ocupacional / Silvia Ramon i Encarna Rodríguez – Fisioterapeutes)
- 16 Residència i Centre de dia Laia. Mataró. (Maria Durante – Terapeuta Ocupacional / Meritxell Pestaña – Fisioterapeuta)
- 17 Residència i Centre de Dia Navarcles – IBADA (Institució Benèfica Amics Dels Avis). (Queral Pérez- Terapeuta Ocupacional)
- 18 Residència Les Franqueses – Grup Mutuam. Les Franqueses del Vallès. (Anna Capdevila – Terapeuta Ocupacional / Estefania La Mata – Fisioterapeuta)
- 19 Residència socio-sanitària de Puigcerdà. Fundació Hospital de Puigcerdà (FHP). (Irene Morales – Terapeuta Ocupacional)
- 20 Unitat Socio-sanitària i Residència Mutuam Vila-seca – Grup Mutuam. (Victor Vargas – Terapeuta Ocupacional / Cristina Salto i Elena Pérez – Fisioterapeutes)

A l'Annex 10 s'adjunten els models de consentiment per a la participació en l'estudi, dirigits als pacients, professionals i centres participants, aprovats pel CEIC.

## 9. Annexos

### Annex 1. Certificat d'aprovació del Comitè d'Ètica i Investigació Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa.

<b>CST</b> CONSORCI SANITARI DE TERRASSA	Ctra. Torrebónica, s/n 08227 Terrassa	t +34 93 731 00 07 www.cst.cat
--	--	-----------------------------------

**INFORME DEL COMITÈ DE ÈTICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

La Dra. Esther Jovell Fernández, Vicepresidenta del Comitè de Ètica de Investigació Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa

**CERTIFICA**

Que este Comité ha aprobado, con fecha 18 de julio de 2016, el estudio titulado **Avaluació de les propietats psicomètriques de la Canadian Occupational Performance Measure (COMP) - Versió espanyol – en els serveis de Teràpia Ocupacionals de Centres Sociosanitaris i Residencials de Catalunya** que será realizado por la Sra. Elisabet Capdevila Puigpíquer como investigadora principal y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.


La capacidad investigadora y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados el procedimiento para obtener el consentimiento informado, y el modo de reclutamiento previsto.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Consorci Sanitari de Terrassa por la Sra. Elisabet Capdevila Puigpíquer como investigadora principal.

Se acuerda emitir **INFORME FAVORABLE**.

Lo que firmo en Terrassa a 20 de julio de 2016



Dra. Esther Jovell Fernández

## Annex 2. Certificat d'aprovació del Comitè d'Ètica i Investigació Clínica de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.



### INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

COLOMA MORENO QUIROGA, Secretaria del Comitè Ètic de Investigació Clínica de la CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ DE SABADELL (Barcelona)

#### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor Elisabet Capdevila código para que se realice el estudio titulado: "Avaluació de les propietats psicomètriques de la Canadian Occupational Performance Measure (COMP), versió en espanyol en els serveis de teràpia ocupacional", protocolo versió 1.0 de 2016, y considera que:

1. Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsible para el sujeto.
2. La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudiera derivarse de su participación en el estudio.
4. El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
5. Y que el Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell por Echevarria Monclus Mireia, como investigador principal.

Lo que firma en Sabadell a martes, 15 noviembre 2016

Firmado:

MORENO  
QUIROGA  
COLOMA  
40859447  
Q

Firmado digitalmente por  
MORENO QUIROGA  
COLOMA 40859447  
Módulo de reconocimiento  
(S/N) = ES  
=MORENO QUIROGA  
=COLOMA  
=40859447  
COLOMA 40859447  
Fecha: 2016.11.15 09:49:19  
+0100

**Dra. Coloma Moreno Quiroga**

Ref.: 2016654

Annex 3. Canadian Occupational Performance Measure (COPM), 3a edició<sup>7</sup>

### MEDIDA CANADIENSE DEL DESEMPEÑO DE FUNCIONES OCUPACIONALES

Autores:  
Mary Lav, Don Baptiste, Anne Carwell,  
Mary Ann McCall, Helena Poletaiko, Nancy Pollock

La Medida Canadiense del desempeño de funciones ocupacionales (COPM) es una medida individualizada, diseñada para ser utilizada por terapeutas ocupacionales para detectar cambios auto-percibidos en problemas del desempeño de funciones ocupacionales con el tiempo.

Nombre del/la Cliente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Persona delegada para responder (si no es el/la cliente): \_\_\_\_\_

Diagnóstico i fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_ Fecha programada para re-evaluación: \_\_\_\_\_

Fecha de Re-evaluación: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

Institución/Agencia: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

NOTAS ADICIONALES E INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

Evaluación Inicial: \_\_\_\_\_


Re-evaluación: \_\_\_\_\_

<p><b>PASO 1: IDENTIFICACIÓN DE TEMAS DE DESEMPEÑO DE FUNCIONES OCUPACIONALES</b></p> <p>Para identificar problemas, preocupaciones y temas de desempeño de funciones ocupacionales, entreviste al/la cliente, proporcione apoyo de sus actividades diarias en las áreas de interés de él/ella, promuévalas y trate. Haga una lista de los temas que el/la cliente quiere abordar. Los que sean los más importantes y los que el/la cliente quiere abordar primero en el tiempo. Haga una lista de los temas que el/la cliente quiere abordar en otros momentos de su vida o que el/la cliente quiere abordar en otros momentos de su vida o que el/la cliente quiere abordar en otros momentos de su vida.</p>	<p><b>STEP 2: CALIFICAR LA IMPORTANCIA</b></p> <p>Utilizando la tarjeta de calificación adjunta, pide al/la cliente que califique, en una escala de 1 a 5, la importancia de cada problema. Marque las calificaciones en las casillas correspondientes de Paso 1A, 1B o 1C.</p>																														
<p><b>PASO 1A: Cuidado de sí mismo</b></p> <p>Cuidado Personal (ej): vestirse, bañarse, alimentarse, higiene) _____</p> <p>Actividad Personal (ej): trabajar, estudiar, escribir, escribir) _____</p> <p>Gestión Comunitaria (ej): transporte, compras, finanzas) _____</p>	<p><b>IMPORTANCIA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<p><b>PASO 1B: Productividad</b></p> <p>Trabajo remunerado/voluntario (ej): Recoger/mover un objeto, voluntariado) _____</p> <p>Gestión del Hogar (ej): limpiar, lavar de ropa, cocinar) _____</p> <p>Juego/Escola (ej): divertirse en el tiempo, hacer ejercicio) _____</p>	<p><b>IMPORTANCIA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											

<p><b>PASO 1C: Cuidado de sí mismo</b></p> <p>Revisión de la tarjeta de calificación adjunta para el/la cliente que califique, en una escala de 1 a 5, la importancia de cada problema. Marque las calificaciones en las casillas correspondientes de Paso 1A, 1B o 1C.</p>	<p><b>IMPORTANCIA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
1	2	3	4	5																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<p><b>PASOS 3 Y 4: CALIFICACIÓN- EVALUACIÓN INICIAL Y RE-EVALUACIÓN</b></p> <p>Confirme con el/la cliente los 3 problemas más importantes. Utilizando las tarjetas de calificación, pide que el/la cliente califique cada problema por desempeño y satisfacción. Luego calcule las calificaciones. Las calificaciones totales se calculan al sumar las calificaciones para desempeño y satisfacción para todos los problemas y luego dividir el total por el número de problemas. En la re-evaluación, el/la cliente califica cada problema de nuevo para desempeño y satisfacción. Se calculan las nuevas calificaciones y se comparan con la calificación.</p>																																																																					
<p><b>Evaluación Inicial:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NÚMERO DE DESEMPEÑO DE FUNCIONES OCUPACIONALES</th> <th colspan="2">Desempeño 1</th> <th colspan="2">Satisfacción 1</th> </tr> <tr> <th>Calificación</th> <th>Importancia</th> <th>Calificación</th> <th>Importancia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	NÚMERO DE DESEMPEÑO DE FUNCIONES OCUPACIONALES	Desempeño 1		Satisfacción 1		Calificación	Importancia	Calificación	Importancia	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>RE-EVALUACIÓN:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NÚMERO DE DESEMPEÑO DE FUNCIONES OCUPACIONALES</th> <th colspan="2">Desempeño 2</th> <th colspan="2">Satisfacción 2</th> </tr> <tr> <th>Calificación</th> <th>Importancia</th> <th>Calificación</th> <th>Importancia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	NÚMERO DE DESEMPEÑO DE FUNCIONES OCUPACIONALES	Desempeño 2		Satisfacción 2		Calificación	Importancia	Calificación	Importancia	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NÚMERO DE DESEMPEÑO DE FUNCIONES OCUPACIONALES		Desempeño 1		Satisfacción 1																																																																	
	Calificación	Importancia	Calificación	Importancia																																																																	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
NÚMERO DE DESEMPEÑO DE FUNCIONES OCUPACIONALES	Desempeño 2		Satisfacción 2																																																																		
	Calificación	Importancia	Calificación	Importancia																																																																	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<p><b>CAMBIO DE DESEMPEÑO = Calif. Desempeño 2 - Calif. Desempeño 1</b></p> <p><b>CAMBIO DE SATISFACCIÓN = Calif. Satisfacción 2 - Calif. Satisfacción 1</b></p>																																																																					

<sup>7</sup> Exempler de mostra. L'ús d'aquest instrument està protegit per drets d'autor i altres drets de propietat intel·lectual. El manual i la mesura han de ser comprats a: <https://www.thecopm.ca/>

#### Annex 4. Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)



### CLIENT-CENTRED REHABILITATION QUESTIONNAIRE

**Instructions**


Please **circle the one response** that is closest to what you think about your experience as a rehabilitation in-patient. The **program staff** includes all of the nursing staff, therapists, and physicians working in your in-patient rehabilitation program.

Please **circle one response** for each question. If this question does not apply to you, please circle the last column.

It is okay to ask for assistance in answering questions as long as the answers represent your own feelings. There are no right or wrong answers.

How strongly do you agree or disagree with the following statements?

	Strongly Agree	Agree	Neither Agree nor Disagree	Disagree	Strongly Disagree	Does not apply
1. The program staff and I decided together what would help me.	1	2	3	4	5	Does not apply
2. I had difficulty getting the health care information I needed.	1	2	3	4	5	Does not apply
3. I was kept well-informed about my progress in areas that were important to me.	1	2	3	4	5	Does not apply
4. My family/friends were given the support that they needed by the program staff.	1	2	3	4	5	Does not apply

							
		Strongly Agree	Agree	Neither Agree nor Disagree	Disagree	Strongly Disagree	Does not apply
5.	The program staff treated me as a person instead of just another case.	1	2	3	4	5	Does not apply
6.	The program staff tried to accommodate my needs when scheduling my therapy.	1	2	3	4	5	Does not apply
7.	I had to repeat the same information to the different program staff.	1	2	3	4	5	Does not apply
8.	My physical pain was controlled as well as possible.	1	2	3	4	5	Does not apply
9.	The program staff took my individual needs into consideration when planning my care.	1	2	3	4	5	Does not apply
10.	I was given adequate information about support services in the community.	1	2	3	4	5	Does not apply
11.	I accomplished what I expected in my rehabilitation program.	1	2	3	4	5	Does not apply
12.	My family/friends were given the information that they wanted when they needed it.	1	2	3	4	5	Does not apply
13.	I was treated with respect and dignity.	1	2	3	4	5	Does not apply
14.	My reports of pain were acknowledged by program staff.	1	2	3	4	5	Does not apply



	Strongly Agree	Agree	Neither Agree nor Disagree	Disagree	Strongly Disagree	Does not apply
15. My treatment needs, priorities and goals were important to the program staff.	1	2	3	4	5	Does not apply
16. The program staff and I discussed my progress together and made changes as necessary.	1	2	3	4	5	Does not apply
17. My family/friends received information to assist in providing care for me at home.	1	2	3	4	5	Does not apply
18. I knew who to contact if I had problems or questions during my rehabilitation program.	1	2	3	4	5	Does not apply
19. I had adequate time for rest and sleep.	1	2	3	4	5	Does not apply
20. I was encouraged to participate in setting my goals.	1	2	3	4	5	Does not apply
21. I received the information that I needed when I wanted it.	1	2	3	4	5	Does not apply
22. I learned what I needed to know in order to manage my condition at home.	1	2	3	4	5	Does not apply
23. My family and friends were treated with respect.	1	2	3	4	5	Does not apply
24. I know who to contact if I have problems following discharge.	1	2	3	4	5	Does not apply



	Strongly Agree	Agree	Neither Agree nor Disagree	Disagree	Strongly Disagree	Does not apply
25. Treatment choices were fully explained to me.	1	2	3	4	5	Does not apply
26. My therapy program was explained to me in a way that I could understand.	1	2	3	4	5	Does not apply
27. My family/friends were involved in my rehabilitation as much as I wanted.	1	2	3	4	5	Does not apply
28. I felt comfortable expressing my feelings to program staff.	1	2	3	4	5	Does not apply
29. I was told what to expect when I got home.	1	2	3	4	5	Does not apply
30. Program staff tried to ensure my comfort.	1	2	3	4	5	Does not apply
31. My emotional needs (worries, fears, anxieties) were recognized and taken seriously by the program staff.	1	2	3	4	5	Does not apply
32. My therapists, nurses and doctors worked well together.	1	2	3	4	5	Does not apply
33. There were times when I received more information than I was ready for.	1	2	3	4	5	Does not apply

**Cite as:**

Cott CA, Teare G, McGilton KS, Lineker S. Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disabil Rehabil.* 2006 Nov 30;28(22):1387-97. [[Pub Med ID 17071570](#)]

## Annex 5. Conceptualització de la utilitat clínica com a judici multidimensional

### UTILITAT CLÍNICA. CONCEPTUALITZACIÓ

(Smith, 2006; Enemark, 2012; Polgar, 2005; Gusfafsso, 2012; Slade, 1999; Wresle 2002)

#### 1- Grau d'Acceptació i adequació de la mesura.

Es refereix als "Pros i contres" de la utilització de l'instrument, per part de:

1- *professionals,*

2- *clients/usuaris incloent família i cuidadors i,*

3- *la societat pública o institucional*

En aquest apartat es contempla tota aquella informació sobre l'efectivitat: La COMP fa tot allò que s'espera que faci? (efectiu) I si el què fa és rellevant per a nosaltres com a TO o pels clients? (rellevant)

Consideracions:

- Opinió dels clients, professionals i societat en relació a beneficis/limitacions de la utilització de la COMP:
  - Beneficis/limitacions percebudes
  - Experiència en la utilització de la mesura amb el client i el servei
  - Experiència personal amb l'instrument
  - Grau de participació del client
  - Implicacions ètiques, legals, socials, psicològiques que puguin afectar a la pràctica o al client.
  - Preferències sobre la prestació del servei (tant pels clients, professionals com a nivell social)
  - Procés d'intervenció
  - La intenció de continuar utilitzant la mesura en un futur...
- El fet d'utilitzar la COMP millora l'eficàcia i l'eficiència de la intervenció?
- Com ha canviat el procés de tractament versus l'existent?
- A què ens ajuda? (Identificar problemes acompliment, determinar objectius, fer entrevista més entenedora, ajuda a entendre el rol del TO, registrar canvis, avaluació de resultats...)
- És important per la presa de decisions clíniques?
- Quines dificultats s'ha trobat en relació a la organització del treball?

**2- És Practicable.**

Es refereix a la viabilitat centrada en la pràctica. Es pot posar en pràctica? Té a veure amb la relació entre innovació de la mesura en la intervenció i els professionals.

- 1- *Funcional*
- 2- *Format adequat/adaptat/ idoneïtat*
- 3- *Entrenament o coneixements necessaris*

Consideracions:

- Els materials, mètodes o instruccions són complertes per a la pràctica?
- És un material d'ús funcional?
- El materials, mètodes o instruccions es poden dur a terme in situ?
- L'ús de la COMP implica renegociar els límits professionals de la pràctica diària?
- És important una formació prèvia en coneixements i habilitats per la utilització de la mesura?
- Els materials, mètodes o instruccions online són suficients per la formació?
- Són adequats els nivells d'entrenament actuals? I per les necessitats futures?
- El centre facilita possibilitats per a la formació?

**3- El material és Accessible.**

Inclou consideracions econòmiques i materials en relació a l'adquisició del material i els recursos necessaris per poder fer ús de la mesura.

Consideracions:

- Es considera una mesura sostenible en relació al temps/servei que implica la utilització? (cost-efectivitat)
- La disponibilitat, el preu d'adquisició de la llicència penses que és acceptable pel centre?
- La qualitat dels materials. La mesura i el manual d'instruccions és clar, complet i entenedor tant pel TO com pels altres professionals?
- Al centre, és possible disposar un espai o ubicació on tenir el registre de les mesures?
- A nivell organitzatiu/administratiu, suposa un gran canvi?

## Annex 6. Guió grup focal

### **ESTUDI SOBRE LA UTILITAT DE LA COPM. GUIÓ DE CONTINGUT GRUP FOCAL AMB ELS PROFESSIONALS.**

Aspectes ètics i de confidencialitat. Permís per gravar la sessió i consentiment informat i firma (ja informat a la convocatòria).

#### **1. Salutacions i presentació moderadora, observador i cada professional (nom i centre)**

#### **2. Informació general del tema a tractar i propòsit de la sessió:**

El tema: "Com ja sabeu esteu participant en un estudi sobre la validació de la COPM. Per poder-ne valorar la utilitat, hem pensat que la millor forma de recollir la vostra opinió i experiència és a través de fer un grup focal. Això ve fonamentat perquè hi ha alguns aspectes de la vostra pràctica que és "millor" que expliqueu de forma oberta, dialogant entre vosaltres, aportant arguments des de les vostres diferents perspectives i vivències personals.

#### **3. Exposició dels criteris de selecció i aspectes comuns entre els participants**

Aspectes comuns: "Tots vosaltres heu rebut formació i posteriorment heu utilitzat com a professionals la COPM en els vostres serveis, durant aquests 6-7 mesos".

#### **4. Normes generals de la dinàmica**

Guió de la sessió: "Durant aquesta sessió, es faran 3-4 preguntes obertes que podreu contestar seguint un ordre de paraules obert. Es tracta d'estar relaxats i pensar que no hi ha "bones opinions" sinó que cada persona aporta la seva experiència (i/o es posa) diferents ulleres per mirar la realitat".

Torn de paraules: "Es important que parlem, però que també deixem parlar als demés. Si tots escoltem el que diu l'altra, deixarem també espais perquè ens escoltin a nosaltres. No es tracta de qui diu més, sinó de que sigui una conversa entre tots"

Confidencialitat: "La informació que es doni aquí es completament "confidencial". Això vol dir que interessin les vostres "opinions", en termes d'es-

brinar les diferents visions que es té sobre la utilitat de la COPM, sense personalitzar qui les té”.

“Abans de seguir... teniu algun dubte?”

### **5. Inici i desenvolupament de la sessió segons el guió concret:**

Com ja us he comentat, la sessió girarà entorn a 3 grans temes/preguntes en relació a la utilitat de la mesura:

- ÚS DE L'INSTRUMENT “pros i contres en la utilització”
- IMPLEMENTACIÓ
- EXPECTATIVES DE FUTUR

Anem a començar pel primer bloc (Es recorda que tenen suport de full i bolígraf per si ho necessiten).

A partir de la vostra experiència...

- Quines dificultats/problemes heu tingut (o trobeu en el present) en la utilització de la mesura, tant en la intervenció com a professionals, com amb la relació client/família ,com amb l'equip del centre o institució?
- Quines avantatges/aspectes positius/beneficis heu tingut en utilitzar la mesura? Realitza allò que s'espera que faci? Hi va haver algun impacte en la intervenció?
  - Amb els clients i o la família...
  - Com a professionals...
  - Amb la institució/societat...
- Com ha estat l'aprenentatge en el procés d'administració de la mesura? Elements que van afavorir/difícultar aquest aprenentatge?
- Futur en relació a l'ús de la mesura. Teniu la intenció d'incorporar la mesura en el vostre dia a dia? Perquè? Aspectes de millora

L'observador, pot introduir alguna pregunta si considera.

### **6. Finalització reunió**

Agraïments

Els resultats: “Els resultats d'aquest estudi formen part d'un altre de més ampli, que és la validació de la mesura. Us informarem personalment dels resultats i sereu informats de les publicacions que es facin dels mateixos”

## Annex 7. Programa de formació COPM

### Programa training

# COPM

*Canadian Occupational Performance Measure (COPM)/*

Medida Canadiense de Desempeño de Funciones Ocupacionales (MCDFO)

16 novembre 2016

**Formadora:**

**Elisabet Capdevila Puigpiquer**

*Professora titular Grau Teràpia Ocupacional- Phd Student  
Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional (EUIT)  
T. (+34) 937837777 ext236 /elisabetcapdevila@euitt.fdsll.cat*

**Director/a:**

**Dra. Mariona Portell Vidal**

*Departament de Psicobiologia i Metodologia de Ciències de la Salut  
Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) Bellaterra*

**Codirectora:**

**Dra. María Rodríguez Bailón**

*Profesora Ayudante Doctor. Grado Terapia ocupacional.  
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga (UMA)*

### Psicología de la Comunicación y Cambio (CiC)



## Presentació

L'Envel·liment i les situacions de dependència és una realitat que va en augment en el nostre país. És en aquest moment on sorgeix amb més força la necessitat de proveir d'un servei eficient i dirigit a les necessitats de la persona, enfront als tractaments estàtics i protocol·litzats que donen pocs beneficis al client i esdevenen un cost important en l'atenció social i sanitària.

En els darrers anys entre els professionals de la teràpia ocupacional, existeix la inquietud de disposar d'un instrument propi d'avaluació ocupacional i s'ha pres consciència de la importància de mesurar els resultats de tractament de les intervencions. Sovint les valoracions estandarditzades que es disposen o s'utilitzen en els serveis són dirigides a la mesura funcional i solament en termes d'activitats de la vida diària (AVD) fet que pot no ser insuficient pel terapeuta i poc rellevant pel client. Moltes mesures d'avaluació clínica utilitzades en l'actualitat mesuren la funcionalitat (Índex de Barthel (IB), Funcional Independence Measure (FIM)...). Aquestes mesures estan enfocades a alguns components d'acompliment i no particularment a la pràctica centrada en el client (Chen, Rodger, i Polatajko, 2002).

Per aquest motiu existeix la necessitat de disposar d'una mesura que sigui vàlida i útil, per avaluar els problemes de l'acompliment ocupacional que tracta el terapeuta ocupacional i que permeti mesurar els canvis en l'acompliment ocupacional de la persona abans i després de la intervenció.

Alhora, de cara a la persona com a client o usuària dels serveis de teràpia ocupacional, cal que aquesta eina pugui garantir una pràctica centrada en les necessitats de la persona i oferir una atenció integral en la millora de les dificultats en l'acompliment ocupacional que presenta.

**La Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**<sup>8</sup> va ser desenvolupada per esdevenir una eina de pràctica centrada en el client, que permet a les persones identificar i prioritzar els problemes quotidians que restringeixen o afecten el seu acompliment en la vida quotidiana, garantint una assistència sanitària personalitzada. Serveix per identificar temes d'importància personal pel client i

---

<sup>8</sup> *Sanomena COPM, indiferentment de si es fa referència a la Canadian Occupational Performance Measure (COPM) versió en anglès com a la Medida Canadiense de Desempeño de Funciones Ocupacionales (MCDFO) traducció al castellà, ja que a nivell de producció científica es fa referència a COMP per anomenar qualsevulla de les edicions/traduccions de la mesura.*



per detectar canvis en l'autopercepció del client en relació al seu acompliment ocupacional al llarg del temps.

La potencialitat de la mesura és el seu ampli enfocament sobre l'acompliment ocupacional, en relació a totes les activitats de la vida diària, que inclou la cura personal, l'oci i la productivitat, tenint en compte les circumstàncies personals i la història de vida.

Tot i que és una eina dissenyada inicialment/originalment per ser utilitzada per a terapeutes ocupacionals, és en l'actualitat, una mesura utilitzada per altres disciplines i equips de treball.

### 1ª Sessió

#### Objectius

L'objectiu principal és **capacitar als terapeutes ocupacional en l'administració de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)***, versió en espanyol, per poder-la utilitzar com a eina d'avaluació, seguint i resultats, en les unitats de rehabilitació, dels Centres Sociosanitaris (CSS) i Centres Residencials de Catalunya.

- Conèixer el plantejament i requeriments del projecte d'investigació amb la mesura.
- Revisar les bases teòriques vinculades amb la mesura.
- Practicar l'ús de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*.

#### Programa i contingut (4,5 hores)

##### Primera part:

- Benvinguda (15')
- Presentació projecte investigació (60')  
Avaluació de les propietats psicomètriques de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Objectius i metodologia de la investigació (Participants, instruments i procediment)
- Avaluació professionals i signatura consentiments (30')

#### Descans (30')

**Segona part:**

- Formació teòrica (45')
  - o COPM: Història i contextualització de la mesura, característiques, estudis de validació,
  - o CMOP-E: Interpretació conceptual del *Modelo Canadiense de Desempeño y Participación Ocupacional*, principis i procés per a la intervenció, rol del terapeuta ocupacional.
  - o Pràctica Centrada en el Client, conceptes i vinculació pràctica.
- Formació pràctica (45')
  - Característiques i procés d'administració de la COPM.
    - o Pas 0: *Iniciar*/Establecer las bases de colaboración.
    - o Pas 1: *Definición del problema* Identificar les àrees de dificultat en l'acompliment de les funcions ocupacionals.
    - o Pas 2: *Ordenando prioridades* Proporcionar una classificació de les prioritats del/la client en l'acompliment de les funcions ocupacionals.
    - o Pas 3: *Calificación* Avaluar l'acompliment i la satisfacció associats amb aquestes àrees de dificultat.
    - o Pas 4: *Re-evaluación* Mesurar els canvis en la percepció del/la client en relació al seu acompliment ocupacional al llarg de la intervenció de teràpia ocupacional.
- Torn de paraules (30')
- Lliurament de material per a la pràctica (15')

**2<sup>a</sup> Sessió****Objectius**

L'objectiu principal és **capacitar als terapeutes ocupacional i fisioterapeutes en l'administració de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)***, versió en espanyol, per poder-la utilitzar com a eina d'avaluació, seguiment i resultats, en les unitats de rehabilitació, dels Centres Sociosanitaris (CSS) i Centres Residencials de Catalunya.

- Valorar i revisar dubtes en relació a l'experiència pràctica amb la mesura.

- Presentar protocol d'investigació per a la validació de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*.

### **Programa i contingut (4,5 hores)**

#### **Primera part:**

- Benvinguda (15')
- Sessió de valoració grupal i exposició de dubtes en l'ús de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* (60')
- Exposició conclusions (15')

#### **Descans (30')**

#### **Segona part:**

- Presentació del protocol d'investigació (45')
  - o Participants. Criteris inclusió-exclusió
  - o Registres i procediment
  - o Suport i seguiment de l'aplicació a la pràctica (correu electrònic i grup de whatsapp)
- Presentació i utilització dels instruments complementaris a la investigació (45')
  - o **Mini-Mental State Examination (MMSE)** (Folstein et al, 1975)
  - o **Client-Centered Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)** (Cott et al., 2006) Procediment de validació de la traducció a l'espanyol.
  - o **Qüestionari EuroQol-D5 (EQ-5D)**, (The\_EuroQol\_Group, 1990).
  - o **Índex de Barthel** (Baztán, Pérez del Molino, i Alarcón, 1993); (Cid-Ruzafa i Damián-Moreno, 1997).
  - o **Escala de Lawton y Brody** (Vergara et al., 2012)
- Lliurament del material necessari per a la investigació (30')
- Torn de paraules (30')


Annex. 8. Newsletter COPM sobre l'article *Clinical Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in Older Adult Rehabilitation and Nursing Homes: Perceptions among Occupational Therapists and Physiotherapists in Spain.*

COPM
Canadian Occupational  
Performance Measure

January 2021

***“Sharing Knowledge and Experiences is Really What Makes Us  
Grow as Professionals”***

This month's newsletter is a precis of a recent paper by Elizabet Capdevila and her colleagues on the clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). A qualitative study examining the clinical utility of the COPM in Spain. The participants were 30 clinical occupational therapists and physiotherapists working in three different health care settings. The authors wished to ascertain the participants perceptions of applying the COPM in a health care system that was not traditionally focused on client-centred practice (CCP).



Subsequent, to a series of information sessions, thirty therapists agreed to participate in 8-hours of training sessions on the theory and use of the COPM. The participants were then required to administer at least 10 COPM assessments over an eight-month period. The third phase of the study was data collection comprised of participant focus groups. Data analysis was completed using an interpretive phenomenological approach that examined the acceptability, appropriateness, accessibility of the COPM and client, professional as well as institutional acceptance of the COPM.

The results showed that the COPM was acceptable and appropriate. It facilitated both the professionals and most clients became intimately involved in a client-centred therapeutic process. In all three settings the participants using the COPM helped to contribute to occupation-based, client-centred practice and for the most part clients were energized and satisfied with their rehabilitation experience. The use of the COPM demonstrated that with learning and practice the COPM was a *practical* measure. Overall, the results of this study replicate the results of clinical utility reported in other studies (see [thecopm.ca/learn/references](http://thecopm.ca/learn/references)). However, in reporting accessibility, the authors report the *“institutions with hierarchical and protocolized structures offered few opportunities to carry out meaningful activities”*. Uptake of the COPM and acceptance of CCP (and the COPM) is impacted by the policies and structure of the health care facilities in which the study was conducted. This result suggests further lines of research.

The COPM Authors wish to thank Elizabet Capdevila and her colleagues for forwarding this paper to COPM Inc. and allowing us to share it with you. In her communication she wrote "*Sharing knowledge and experiences is really what makes us grow as professionals*" with which we agree and which became the heading for this newsletter.

#### References

Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Kapanadze, M., & Portell, M. (2020). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in older adult rehabilitation and nursing homes: Perceptions among occupational therapists and physiotherapists in Spain. *Occupational Therapy International*. <https://doi.org/10.1155/2020/3071405>

## Annex 9. Editorial

DOI: 51885-527X2022000300002

## EDITORIAL

**PRESENTACIÓN DE LA TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CLIENT-CENTRED REHABILITATION QUESTIONNAIRE - VERSIÓN ESPAÑOLA (CCRQ-E).****PRESENTATION OF THE TRANSLATION, ADAPTATION AND VALIDATION OF THE CLIENT-CENTRED REHABILITATION QUESTIONNAIRE - SPANISH VERSION (CCRQ-E).**

**Elisabet Capdevila**  
BSc OT. Adjunct Research Professor in Occupational Therapy Degree. PhD Candidate. Escola Universit ria d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT). Universitat Aut noma de Barcelona (UAB). Member of Research Group and Innovation in Designs (GRID). Technology and multimedia and digital application to observational designs. Universitat de Barcelona. España. Orcid: 0000-0001-5783-2957



**María Rodríguez-Bail n\***  
PhD, BSc OT. Research Professor, Occupational Therapy Degree. Department of Physiotherapy (Occupational Therapy). Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de M laga (UMA). España. Orcid: 0000-0001-6658-7658

**Correo electrónico:**  
[mariaibailon@uma.es](mailto:mariaibailon@uma.es)

\*autora para la correspondencia



**Mariona Portell**  
PhD. Associate Professor. Department of Psychobiology and Methodology of Health Sciences. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) Campus de Bellaterra, Cerdanyola del Vallès, España. Researcher ID: L-5295-2014. Orcid: 0000-0002-5939-6842



**Ana Clara Szt**  
MSc, BSc OT. Adjunct Research Professor in Occupational Therapy Degree. PhD Candidate. Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT). Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). España.



**Pablo Gálvez-Ruiz**  
PhD. Adjunct Professor Faculty of Law and Social Sciences. Valencian International University (VIU). España. Researcher ID: T-1752-2017 Orcid: 0000-0002-7659-1113

**DeCS** Rehabilitación; Estudio de Validación; Autoevaluación; Encuestas y Cuestionarios **MeSH** Rehabilitation; Validation Study; Self-Assessment; Surveys and Questionnaires

El creciente inter s de aplicar una pr ctica centrada en la persona en los servicios de terapia ocupacional y rehabilitación, implican disponer de herramientas para que la persona del servicio pueda evaluar las diferentes dimensiones que engloba el concepto. Después de un proceso de traducción, adaptación cultural y validación el Client-Centred Rehabilitation Questionnaire o Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente versión española (CCRQ-e) es una medida de autoevaluación diseñada para evaluar la experiencia centrada en la persona en los servicios de rehabilitación. Engloba tanto aspectos relacionados con el confort, decisión o participación del cliente, como aspectos relacionados con la provisión de servicio o el entorno. El instrumento consta de 29 ítems específicamente desarrollados para representar las características de rehabilitación en 7 subescalas: Toma de decisiones, educación, evaluación de resultados, implicación de la familia, soporte emocional, confort físico y continuidad/coordinación. Las 7 subescalas muestran una buena consistencia interna. Asimismo, la validez de constructo del instrumento mostró una buena capacidad discriminante entre programas y centros, en las diferentes subescalas, resultando un instrumento adecuado para evaluar la atención centrada en la persona en los servicios de rehabilitación.

The growing interest in applying a person-centered practice in occupational therapy and rehabilitation services, implies having tools so that the person in the service can evaluate the different dimensions that the concept encompasses. After a process of translation, cultural adaptation and validation, the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire or Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente in its Spanish version (CCRQ-e), is a self-assessment measure designed to assess the person-centered experience in rehabilitation services. It encompasses both aspects related to customer comfort, decision or participation, as well as aspects related to the provision of service or the environment. The instrument consists of 29 items, specifically developed to represent rehabilitation characteristics, in 7 subscales: decision making, education, outcome evaluation, family involvement, emotional support, physical comfort, and continuity/coordination. The 7 subscales show good internal consistency. Likewise, the construct validity of the instrument showed a good discriminating capacity between programs and centers, in the different subscales, resulting in an adequate instrument to evaluate person-centered care in rehabilitation services.

**Texto recibido:** 24/11/2022

**Texto aceptado:** 30/11/2022

**Texto publicado:** 30/11/2022

Derechos de autor



**COTOGA**

COLEGIO OFICIAL DE TERAPISTAS OCUPACIONALES DE GALICIA

TOG (A Coruña) Vol 19. Num 3. Nov. 2022. ISSN 1885-527X. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

84

Autoras y autor: Capdevila E, Rodríguez-Bailón M, Portell M, Szot AC, Gálvez-Ruiz P.

### Terminología y concepto (APC-PCC)

El término práctica centrada en el cliente proviene del psicólogo Carl Rogers (1979), quien defendía un enfoque basado en el asesoramiento centrado en las preocupaciones que los propios clientes identificaban, respetando los valores y bajo la creencia de que son ellos mismos los que mejor conocen sus experiencias y necesidades <sup>(1)</sup>. En la literatura podemos encontrar diferentes terminologías análogas que varían en función del contexto o área profesional (centrado en el cliente, centrada en la persona o centrado en el paciente). En rehabilitación los términos más utilizados son rehabilitación centrada en el cliente o práctica centrada en el cliente (*client-centred rehabilitation /client-centred practices*), pero encontramos que estos términos son utilizados con diferentes matices por las diferentes profesiones que conforman los equipos de rehabilitación. Por ejemplo, en terapia ocupacional es más común utilizar el término Práctica Centrada en el Cliente (PCC) por su influencia anglosajona. Sin embargo, en el contexto español y más concretamente en el ámbito de la geriatría y gerontología, el término más utilizado es Atención Centrada en la Persona (ACP). Por otra parte, en el campo de la medicina es habitual utilizar el término patient-centredness, acuñado con varias definiciones como puede ser medicina centrada en el paciente o atención centrada en el paciente <sup>(2-5)</sup>.

En cualquier caso, hablamos del enfoque centrado en la persona propuesto por Carl Rogers y respaldado por las directrices del *Rehabilitation Competency Framework* propuesto por la Organización Mundial de la Salud <sup>(1,6)</sup>. Cuando hablamos de person-centredness o centrado en la persona, nos referimos a organizar y proporcionar atención sociosanitaria en base a las necesidades, valores o preferencias de la persona, optimizando la intervención <sup>(6)</sup>.

El enfoque centrado en la persona es un concepto multidimensional, y comprende dimensiones como la educación o formación recibida durante el proceso de rehabilitación, el respeto a los valores, preferencias y necesidades expresadas por las personas usuarias de los servicios en conjunto con sus familias/cuidadores/amigos en aquellos casos que se disponga; así como la coordinación entre los equipos y servicios con el fin de asegurar el confort físico y el soporte emocional durante todo el proceso de intervención <sup>(2,4,7,8)</sup>.

### La importancia de integrar ACP en los servicios

*Person-centredness* o enfoque centrado en la persona, es un concepto en la actualidad omnipresente en todas las políticas dirigidas a los servicios de salud. Esto ha significado un cambio de paradigma que ha llevado a rediseñar los servicios sanitarios según los principios centrados en la persona <sup>(9)</sup>. Requiere organizar unos servicios que tengan en cuenta a la persona y a sus familias como participantes y beneficiarios de los sistemas de salud, y que respondan a sus necesidades de forma holística y humana. Contemplando, asimismo que las personas reciban la información, educación y soporte suficiente para poder tomar decisiones respecto a su salud. Y, en cualquier caso, unos servicios que requieren estar organizados en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas en vez de estar centrados en la enfermedad. Un reto que va en contraposición de los modelos más biomédicos, burocráticos, despersonalizados y con unos planteamientos uniformes, con procedimientos más analíticos y directivos <sup>(2,3,10)</sup>.

Es por este motivo, y para poder garantizar una atención centrada en la persona en los diferentes servicios de rehabilitación, es necesario contar con instrumentos que permitan evaluar todas las dimensiones contempladas desde este enfoque. Con el objetivo de evaluar la calidad del servicio, se necesitan herramientas fáciles de utilizar y confiables que permitan recoger información en relación a la calidad de las experiencias de atención a las personas de los servicios de rehabilitación <sup>(7)</sup>.

### Herramientas de evaluación en Atención Centrada en Persona (ACP) en español

Aunque existen más de 200 instrumentos validados que evalúan la práctica centrada en el cliente, la mayoría no incluyen una evaluación multidimensional o lo hacen centrándose mayoritariamente en la opinión de los profesionales <sup>(4,7)</sup>. Además, realmente pocos se han traducido y validado en el contexto español.

En español y hasta el momento, se han validado algunas herramientas de evaluación para asegurar la implementación de una práctica centrada en la persona, sobre todo para ser usadas en el ámbito de la gerontología, como la *Person-centered Care Assessment Tool* (P-CAT) <sup>(11)</sup>, el *Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire* (PDC) <sup>(12)</sup>, el *Person-centered Care in Gerontology Services* (PCC-G-Staff) para ser evaluado



**COTOGA**  
COLEGIO OFICIAL  
DE TERAPISTAS OCUPACIONALES  
DE GALICIA

TOG (A Coruña) Vol 19. Num 3. Nov. 2020. ISSN 1885-527X. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

85

por los profesionales de la salud <sup>(13)</sup>, y el *Person-Centred Care Gerontology Users Questionnaire* (PCCG-U), el *Person-Centred Care Gerontology Relatives Questionnaire* (PCCG-R) dirigido a usuarios y familiares. También encontramos instrumentos observacionales dirigidos a población con demencia como *The List of Wellbeing Indicators* (LIBE) <sup>(14)</sup> y el *Dementia Care Mapping* (DCM) <sup>(15)</sup>. Sin embargo, hasta la fecha, no se cuenta con ninguna herramienta en español destinada a conocer la perspectiva de las personas usuarias del servicio en rehabilitación.

### Proceso validación de la Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ)

El *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire* (CCRQ) es una medida de autoevaluación diseñada originalmente por Cott et al. (2006) cuyo fin es evaluar la experiencia centrada en la persona en los servicios de rehabilitación. Por el momento, dentro del campo de la rehabilitación, el *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire* (CCRQ) es el instrumento que más dimensiones contempla en torno al concepto <sup>(7,16)</sup>.

El proceso de traducción, adaptación y validación del *Client-Centred Rehabilitation Questionnaire* (CCRQ) en el contexto español se realizó en dos fases secuenciales. La primera fase consistió en un proceso de traducción y retrotraducción del cuestionario por un panel de expertos y un estudio piloto. En la segunda fase se administró la CCRQ-e (versión española) a 305 usuarios que habían sido ingresados en centros de rehabilitación para recoger evidencias sobre la fiabilidad y validez del instrumento. Un posterior análisis exploratorio y confirmatorio reveló 7 dimensiones al igual que la CCRQ original, eliminando 4 ítems de la escala. La CCRQ-e presenta una buena consistencia interna. La validez de constructo discriminante distinguió diferencias significativas en función de la edad, nivel de estudios y gravedad del diagnóstico. La validez de criterio de la CCRQ-e con el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D), mostró correlaciones significativas entre la percepción de atención centrada en el cliente y la percepción general de salud EQ-VAS, y negativas en EQ dolor y EQ ansiedad en algunas dimensiones.

En el artículo publicado *Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire* (CCRQ), se aportan evidencias a favor del uso de la versión adaptada al español de la CCRQ (CCRQ-e), resultando un instrumento adecuado para evaluar la rehabilitación centrada en la persona desde la perspectiva de la persona <sup>(17)</sup>.

### Descripción de la Client-Centred Rehabilitation Questionnaire- versión española (CCRQ-e) o Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente

El cuestionario consta de 29 ítems específicamente desarrollados para representar las características de rehabilitación, en 7 subescalas que evalúan las diferentes dimensiones que contempla la rehabilitación centrada en el cliente:

- 1) Toma de Decisiones (6 ítems). La percepción del cliente en relación a la participación en la toma de decisiones y establecimiento de objetivos.
- 2) Educación (5 ítems). La percepción del cliente en relación a la educación recibida respecto a su situación de salud y tratamiento de rehabilitación.
- 3) Evaluación de resultados (4 ítems). La evaluación de resultados conseguidos durante el proceso de rehabilitación desde la perspectiva del cliente.
- 4) Implicación de la familia (5 ítems). Implicación y participación de la familia o amigos durante el proceso de rehabilitación (se contemplaría "no aplicable" en el caso de no contar con familia o amigos que apoyen el proceso).
- 5) Soporte emocional (4 ítems). El apoyo o soporte emocional recibido durante el proceso de rehabilitación.
- 6) Confort físico (4 ítems). El confort físico implica la comodidad, el descanso y el control del dolor en caso de que sea necesario.
- 7) Continuidad/coordinación (3 ítems). La coordinación con y entre el personal del programa de rehabilitación, incluyendo la continuidad con los profesionales de referencia después del alta.

Las 7 subescalas muestran una fuerte fiabilidad interna. Asimismo, la validez de constructo del instrumento mostró una buena capacidad discriminante entre programas y centros, en las diferentes subescalas.

El CCRQ-e es un cuestionario que se autoadministra la propia persona (con ayuda si lo requiere), al finalizar la intervención o en el momento de la reevaluación, ya sea en formato papel u *online*. Las respuestas a los ítems son contestadas en una escala Likert de 5 puntos que van desde 1= muy de acuerdo hasta 5= muy desacuerdo. También se incluye la opción "no aplicable" para aquellos ítems que corresponda. Para el cálculo



**COGOGA**

COLEGIO OFICIAL  
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES  
DE GALICIA

TOG (A Coruña) Vol 19. Num 3. Nov. 2022. ISSN 1885-527X. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

86



Autoras y autor: Capdevila E, Rodríguez-Bailón M, Portell M, Szot AC, Gálvez-Ruiz P.

de resultados se puede obtener tanto la puntuación total, como la correspondiente a cada dimensión.

Para obtener el CCRQ-e o para más información relacionada con el CCRQ-e, se ha elaborado un manual de instrucciones que se puede descargar en el apartado de investigación de [www.euit.fdsll.cat](http://www.euit.fdsll.cat) o en el siguiente enlace <https://euit.fdsll.cat/es/ccrq-e/>.

La atención centrada en la persona es un enfoque clave y crucial dentro de la terapia ocupacional, por lo cual hay que asegurar su implementación de forma rigurosa. Herramientas de evaluación como la CCRQ-e pueden ayudar a esta importante y difícil labor que tenemos los profesionales de terapia ocupacional específicamente, y los profesionales relacionados con la salud en general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rogers CR. Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory. Houghton Mifflin; 1951.
2. Wilberforce M, Challis D, Davies L, Kelly MP, Roberts C, Clarkson P. Person-centredness in the community care of older people: A literature-based concept synthesis. *Int J Soc Welf.* 2017;26(1):86-98.
3. Martínez Rodríguez T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación. Universidad de Oviedo; 2015.
4. Silva D. Helping measure person centred care: a review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care: evidence review. London: Health Foundation; 2014.
5. Jesus TS, Bright F, Kayes N, Cott CA. Person-centred rehabilitation: what exactly does it mean? Protocol for a scoping review with thematic analysis towards framing the concept and practice of person-centred rehabilitation. *BMJ Open.* 2016;6(7):e011959.
6. WHO. Rehabilitation competency framework. Geneva: World Health Organization; 2020. 52 p.
7. McMurray J, McNeil H, Lafortune C, Black S, Prorok J, Stolee P. Measuring patients' experience of rehabilitation services across the care continuum. Part II: Key dimensions. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016;97(1):121-30.
8. Sumsion T, Law M. A review of evidence on the conceptual elements. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* 2006;73(3):153-62.
9. WHO. WHO Global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. *Service Delivery and Safety.* 2015;1-50.
10. Hammell KR. Client-centred occupational therapy: The importance of critical perspectives. *Scand J Occup Ther.* 2015;22(4):237-43.
11. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J. Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging Ment Health.* 2015;20(5):550-8.
12. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J. The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2015;16(2):175-85.

Derechos de autor



**COTOGA**  
COLEGIO OFICIAL  
DE TERAPISTAS OCUPACIONALES  
DE GALICIA

TOG (A Coruña) Vol 19. Num 3. Nov. 2020. ISSN 1885-527X. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

87

**Annex 10. Full d'informació i consentiment per escrit al centre.**

Versió 2

Data....

**FULL D'INFORMACIÓ AL CENTRE**

Estudi: Avaluació de les propietats psicomètriques de la Canadian Occupational Performance Measure (COPM)- Versió en espanyol- en els serveis de Teràpia Ocupacional de Centres Sociosanitaris i Residencials de Catalunya.

Si us plau, llegeixi atentament aquest full d'informació:

En el marc del Programa de Doctorat de Psicologia de la Comunicació i el Canvi de la Universitat Autònoma de Barcelona, es vol realitzar un estudi en el que es pretén validar la Canadian Occupational Performance Measure (COPM)- Versió en espanyol- . És una mesura de resultats basada en l'evidència utilitzada pels terapeutes ocupacionals, que ajuda a les persones a identificar i prioritzar els problemes quotidians que restringeixen o afecten el seu acompliment en la vida quotidiana, garantint una assistència sanitària personalitzada (Pràctica Centrada en el Client). És un projecte d'investigació multicèntric en el que participen centres Sociosanitaris i Residencials de la província de Barcelona, Granada i Màlaga.

Ens dirigim a vostè per a sol·licitar-li la seva autorització per a participar en aquest estudi, en el qual està previst incloure un total de 30 pacients que vagin al servei de rehabilitació de Teràpia Ocupacional d'aquest centre.

La participació és voluntària, per la qual cosa és necessari que abans de la seva inclusió en l'estudi, hagi atorgat per escrit la seva autorització mitjançant la signatura d'un consentiment informat. Podrà retirar-se de l'estudi o retirar el seu consentiment per a la utilització de les seves dades quan ho desitgi, sense haver de donar cap explicació a l'equip d'investigació i sense que això suposi cap alteració en la relació.

La seva participació en l'estudi implica:

1. Autoritzar al professional de teràpia ocupacional la participació en l'estudi.
2. Autoritzar l'administració als usuaris que compleixen els criteris d'inclusió de les diferents escales relacionades amb l'estudi.

En cap moment, la seva participació a l'estudi suposa un risc addicional, ni pels usuaris ni professionals d'aquest centre, ja que la seva tasca no es veurà afectada negativament per motius relacionats amb la seva participació en l'estudi. En tot cas, ha de suposar un benefici en la qualitat professional.

Totes les dades que es recullin a l'estudi, seran utilitzades només pels investigadors d'aquest estudi amb la finalitat esmentada anteriorment, i seran tractats amb total reserva.

La seva participació en l'estudi es tractarà amb la mateixa confidencialitat que la seva documentació clínica, i només tindran accés els investigadors i el personal responsable del control de qualitat de les dades i anàlisi de les mateixes.

El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal de tots els participants s'ajustaran al disposat en la Llei Orgànica de protecció de dades de caràcter personal 15/1999 de 13 de desembre. D'acord al que estableix la legislació mencionada, vostè pot exercir el dret d'accés, modificació, oposició i cancel·lació de dades, per la qual cosa haurà de dirigir-se al seu metge de l'estudi.

També és important que sàpiga que aquest estudi ha estat sotmès al criteri del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa i compleix amb tota la legislació vigent.

Si en qualsevol moment té algun dubte pot demanar informació a la persona responsable del departament de Teràpia Ocupacional del centre, o contactar amb la persona responsable de l'estudi, Sra. Elisabet Capdevila Puigpiquer, que podrà fer-ho al telèfon 630680922 o per email [Elisabetcapdevilai@e-campus.uab.cat](mailto:Elisabetcapdevilai@e-campus.uab.cat).

Si està d'acord en participar en aquest estudi, si us plau, expressi el seu consentiment omplint el document disponible a continuació.

Versió 2.

Data ...

## FULL DE CONSENTIMENT PER ESCRIT

Títol de l'estudi: Avaluació de les propietats psicomètriques de la Canadian Occupational Performance Measure (COPM)- Versió en espanyol- en els serveis de Teràpia Ocupacionals de Centres Sociosanitaris i Residencials de Catalunya.

Jo, .....

He llegit el full d'informació que se m'ha lliurat.

He pogut fer preguntes sobre l'estudi.

He rebut suficient informació sobre l'estudi.

Comprendc que la meva participació és voluntària.

Comprendc que puc retirar-me de l'estudi quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense que això repercuteixi.

Dono lliurement la meva conformitat per a participar en l'estudi.

Signatura de Responsable del Centre

Signatura de l'Investigador Principal

Data

- Accedeixo a que es publiqui el nom de la institució en l'apartat d'agraïments en les publicacions.
- No accedeixo a que es publiqui el nom de la institució en l'apartat d'agraïments en les publicacions.

## Annex 11. Full d'informació i consentiment per escrit al professional.

Versió 2

Data .....

### FULL D'INFORMACIÓ AL PROFESSIONAL

Estudi: Avaluació de les propietats psicomètriques de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)- Versió en espanyol-* en els serveis de Teràpia Ocupacional de Centres Sociosanitaris i Residencials de Catalunya.

Si us plau, llegeixi atentament aquest full d'informació:

En el marc del Programa de Doctorat de Psicologia de la Comunicació i el Canvi de la Universitat Autònoma de Barcelona, es vol realitzar un estudi en el que es pretén validar la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)- Versió en espanyol-*. És una mesura de resultats basada en l'evidència utilitzada pels terapeutes ocupacionals, que ajuda a les persones a identificar i prioritzar els problemes quotidians que restringeixen o afecten el seu acompliment en la vida quotidiana, garantint una assistència sanitària personalitzada (Pràctica Centrada en el Client). És un projecte d'investigació multicèntric en el que participen centres Sociosanitaris i Residencials de la província de Barcelona, Granada i Màlaga.

Ens dirigim a vostè per a sol·licitar-li la seva autorització per a participar en aquest estudi, en el qual està previst incloure un total de 30 pacients que assisteixen al servei de rehabilitació de Teràpia Ocupacional del centre.

La participació és voluntària, per la qual cosa és necessari que abans de la seva inclusió en l'estudi, hagi atorgat per escrit la seva autorització mitjançant la signatura d'un consentiment informat. Podrà retirar-se de l'estudi o retirar el seu consentiment per dur a terme l'estudi quan ho desitgi, sense haver de donar cap explicació a l'equip d'investigació.

La seva participació en l'estudi implica:

1. Participar en les quatre fases i activitats que s'exposen en el procediment del projecte d'investigació.
2. Participar en el procés d'avaluació de la formació i l'ús de la mesura.

Opcionalment, pot autoritzar-nos el registre i la vídeo filmació durant les sessions d'entrenament de la mesura i durant la sessió de grup focal. El registre i vídeo filmació serà utilitzada només pels investigadors principals i el material es destruirà un cop finalitzat l'estudi.

En cap moment, la seva participació a l'estudi suposa un risc addicional, ni pels usuaris, ni professionals d'aquest centre, ja que el seu tractament i la seva cura no es veurà afectada per motius relacionats amb la seva participació en l'estudi.

Totes les dades que es recullin a l'estudi, seran utilitzats només pels investigadors d'aquest estudi amb la finalitat esmentada anteriorment, i seran tractats amb total reserva.

El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal de tots els participants s'ajustaran al disposat en la Llei Orgànica de protecció de dades de caràcter personal 15/1999 de 13 de desembre. D'acord al que estableix la legislació mencionada, vostè pot exercir el dret d'accés, modificació, oposició i cancel·lació de dades, per la qual cosa haurà de dirigir-se a la persona responsable de l'estudi.

També és important que sàpiga que aquest estudi ha estat sotmès al criteri del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa i compleix amb tota la legislació vigent.

Si en qualsevol moment té algun dubte pot demanar informació a la persona responsable de l'estudi, Sra. Elisabet Capdevila Puigpiquer, que podrà fer-ho al telèfon 630680922 o per email **Elisabetcapdevilai@e-campus.uab.cat** .

Si està d'acord en participar en aquest estudi, si us plau expressi el seu consentiment omplint el document disponible a continuació.

## Annex 12. Full d'informació i consentiment per escrit al pacient.

### FULL D'INFORMACIÓ AL PACIENT

Estudi: Avaluació de les propietats psicomètriques de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*- Versió en espanyol- en els serveis de Teràpia Ocupacional de Centres Sociosanitaris i Residencials de Catalunya.

Si us plau, llegeixi atentament aquest full d'informació:

En el marc del Programa de Doctorat de Psicologia de la Comunicació i el Canvi de la Universitat Autònoma de Barcelona, s'està realitzant un estudi en el que es pretén validar la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*- Versió en espanyol- . És una mesura de resultats basada en l'evidència, utilitzada pels terapeutes ocupacionals, que garanteix una atenció individualitzada amb l'objectiu d'ajudar a les persones a identificar i prioritzar els problemes que restringeixen o li afecten alhora de realitzar les seves activitats quotidianes; ja siguin problemes relacionats amb la realització de les activitats de la vida diària (vestir-se, dutjar-se, arreglar-se...), amb la feina (comprar, cuinar, cura dels altres...) o activitats d'interès personal que vostè desenvolupa en el seu dia a dia (passejar, anar al casal, gimnàs...).

És un projecte d'investigació multicèntric en el que participen centres Sociosanitaris i Residencials de la província de Barcelona, Granada i Màlaga.

Ens dirigim a vostè per a sol·licitar-li la seva autorització per a participar en aquest estudi, en el qual està previst incloure un total de 30 pacients que vagin al servei de rehabilitació de Teràpia Ocupacional del centre.

Ha de saber que la seva participació és voluntària, per la qual cosa és necessari que abans de la seva inclusió en l'estudi, hagi atorgat per escrit la seva autorització mitjançant la signatura d'un consentiment informat. Podrà retirar-se de l'estudi o retirar el seu consentiment per a la utilització de les seves dades quan ho desitgi, sense haver de donar cap explicació a l'equip d'investigació i sense que això suposi cap alteració en la relació amb el seu metge.

Independentment de que la seva decisió sigui la de participar o no, l'atenció mè-

dica que rebi sempre serà la millor per vostè i només estarà determinada per les característiques clíniques de la seva malaltia i el criteri del seu metge.

Si té qualsevol dubte, si us plau, preguntí'ls lliurement.

La seva participació en l'estudi es limitarà a una recollida de dades en relació a l'avaluació i seguiment en la intervenció, a més de la seva satisfacció personal en relació a la intervenció. Això suposa respondre algunes preguntes en moments puntuals de les sessions d'intervenció en aquest centre.

En cap moment, la seva participació a l'estudi tindrà un risc addicional, ja que el seu tractament i la seva cura no canviarà en cap sentit per motius relacionats amb la seva participació en l'estudi; en tot cas ha de suposar una millora en l'autonomia i el procés d'atenció, que ha de proporcionar major facilitat per identificar i treballar els problemes o dificultats que vostè presenta alhora de realitzar les activitats diàries.

Totes les dades que es recullen en l'estudi, seran utilitzades pels investigadors d'aquest estudi amb la finalitat esmentada anteriorment, i seran tractats amb total reserva.

La seva participació en l'estudi es tractarà amb la mateixa confidencialitat que la seva documentació clínica, i només tindran accés els investigadors i el personal responsable del control de qualitat de les dades i anàlisi de les mateixes.

El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal de tots els participants s'ajustaran al disposat en la Llei Orgànica de protecció de dades de caràcter personal 15/1999 de 13 de desembre. D'acord al que estableix la legislació mencionada, vostè pot exercir el dret d'accés, modificació, oposició i cancel·lació de dades, per la qual cosa haurà de dirigir-se al responsable de l'estudi.

També és important que sàpiga que aquest estudi ha estat sotmès al criteri del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa i compleix amb tota la legislació vigent.

Si en qualsevol moment té algun dubte pot demanar informació a la persona responsable del departament de Teràpia Ocupacional del centre, o contactar amb la persona responsable de l'estudi, Sra. Elisabet Capdevila Puigpiquer, que podrà fer-ho al telèfon 630680922 o per email [Elisabetcapdevilai@e-campus.uab.cat](mailto:Elisabetcapdevilai@e-campus.uab.cat) .

Si està d'acord en participar en aquest estudi, si us plau expressi el seu consentiment omplint el document disponible a continuació.



Versió 3

Data 1-2-17

## FULL DE CONSENTIMENT PER ESCRIT

Títol de l'estudi: Avaluació de les propietats psicomètriques de la *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*- Versió en espanyol- en els serveis de Teràpia Ocupacionals de Centres Socio-sanitaris i Residencials de Catalunya.

Jo, .....

He llegit el full d'informació al pacient que se m'ha lliurat.

He pogut fer preguntes sobre l'estudi.

He rebut suficient informació sobre l'estudi.

Comprenc que la meua participació és voluntària.

Comprenc que puc retirar-me de l'estudi quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense que això repercuteixi en la meua atenció mèdica.

Dono lliurement la meua conformitat per a participar en l'estudi.

Signatura del participant/tutor legal

Signatura de l'Investigador Principal

Data

