

## Validación de la escala *Adherence Determinants Questionnaire* entre mujeres con cáncer de mama y cervical<sup>1</sup>

Paula Renata Amorim Lessa<sup>2</sup>  
Samila Gomes Ribeiro<sup>2</sup>  
Priscila de Souza Aquino<sup>3</sup>  
Paulo Cesar de Almeida<sup>4</sup>  
Ana Karina Bezerra Pinheiro<sup>5</sup>

Objetivos: se objetivó traducir y adaptar culturalmente la escala *Adherence Determinants Questionnaire* para la lengua Portuguesa, en el contexto brasileño, y verificar la confiabilidad y la validez de la misma para analizar los elementos de la adhesión de las pacientes al tratamiento clínico del cáncer de mama y cervical. Método: se trata de estudio metodológico, realizado en dos centros de referencia en oncología. La muestra fue compuesta por 198 participantes, siendo 152 en tratamiento para cáncer de mama y 46 en tratamiento para cáncer cervical. La validación de contenido fue realizada por un comité de especialistas. La validación de constructo se realizó por análisis factorial y la confiabilidad fue analizada por medio del Alfa de Cronbach. Resultado: el comité de especialistas hizo los ajustes necesarios para que la escala fuese adaptada al contexto brasileño. El análisis factorial sugirió la reducción de siete para cinco factores, así como la permanencia de los 38 ítems semejantes a la escala original. La confiabilidad averiguada por el Alfa de Cronbach fue de 0,829, revelando alta consistencia interna. Conclusión: se concluye que la escala *Adherence Determinants Questionnaire* - Versión Brasileña - es un instrumento válido, confiable y capaz de medir los elementos de adhesión al tratamiento del cáncer de mama y cervical.

Descriptores: Cooperación del Paciente; Neoplasias de la Mama; Neoplasias del Cuello Uterino; Estudios de Validación; Enfermería Oncológica.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "Traducción, adaptación y validación de la escala de Adherencia Determinantes de Cuestionario para uso em Brasil", presentada en la Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup> Estudiante de doctorado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Auxiliar, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondencia:

Paula Renata Amorim Lessa  
Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem  
Rua Alexandre Baraúna, 1115  
Bairro: Rodolfo Teófilo  
CEP: 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil  
E-mail: paularenatal@yahoo.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

En la población femenina, se observa que el cáncer de mama posee la mayor prevalencia mundial y el cáncer cervical ocupa la tercera posición. En Brasil, acompañando las tendencias mundiales, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en las estadísticas, seguido del Cáncer del Cuello del Útero (CCU) que ocupa la segunda posición<sup>(1)</sup>.

A pesar de las probabilidades de tratamiento del cáncer cervical y de mama, cuando son detectados precozmente (por el examen de colpocitología oncológica y mamografía, respectivamente) y las posibilidades de cura ser favorables, el diagnóstico de cáncer de mama y de CCU presenta diversas repercusiones en la vida de la mujer, así como en la de sus familiares. Surgen, entonces, varios tipos de enfrentamiento y respuestas negativas relacionadas, sobre todo, al miedo de morir<sup>(2-3)</sup>.

Son varias las recomendaciones y opciones de tratamiento para el cáncer de mama y cervical. Los métodos de tratamiento del cáncer de cuello uterino y de mama que son semejantes, como la quimioterapia y radioterapia, producen diversos efectos negativos como náuseas, disfunción cognitiva, menopausia inducida, disminución de la lubricación vaginal y dispareunia, llevando a significativa reducción del deseo sexual y de la calidad de vida diaria<sup>(4-6)</sup>.

Por tanto, los tratamientos preconizados para el cáncer de cuello uterino y cáncer de mama son altamente agresivos y transforman significativamente las relaciones sociales y personales de la mujer; motivo por el cual muchas mujeres no adhieren al tratamiento propuesto, cuando diagnosticadas con esas neoplasias.

La adhesión al régimen terapéutico es una temática compleja, comenzando por la definición del término y la dificultad de enfrentamiento hasta la propia medición de ella, una vez que la adhesión puede ser operacionalizada bajo diferentes maneras. De forma general, la adhesión es un proceso dinámico y multifactorial en que coparticipan la tríade: usuario, profesionales de la salud y la red social de apoyo<sup>(7)</sup>.

Para comenzar, toda forma de medición requiere un protocolo específico que exige competencia y desempeño del profesional de la salud para evaluar el contexto histórico de cada paciente<sup>(7)</sup>. Delante de eso, la escala denominada *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) fue desarrollada por investigadores norteamericanos y tuvo como propósito evaluar los elementos de la autoadhesión de los pacientes al tratamiento clínico del cáncer, llevando en consideración

un conjunto de habilidades cognitivas, motivacionales, además de variables sociales y comportamentales, siendo considerada un instrumento multifactorial<sup>(8)</sup>.

En ese sentido, la adhesión al tratamiento está relacionada a múltiples factores tales como: factores sociales, económicos y culturales; factores relacionados a los sistemas de la salud, servicios y profesionales y factores relacionados a la enfermedad, como el tratamiento y a la propia persona enferma. De ese modo, esas categorías influyen, de manera positiva o negativa, el acto del paciente adherir o no al tratamiento<sup>(9)</sup>. Esos constructos son abordados en la escala ADQ.

Se destaca que la validación de la escala original fue realizada con grupos de prevención primaria, secundaria y terciaria, inclusive con mujeres en tratamiento de cáncer cervical. Delante de la prevalencia del cáncer cervical y de mama en Brasil, se optó por realizar la validación para esa población específica, lo que no impide la aplicación de la misma para otros grupos poblacionales, desde que sean considerados los aspectos contextuales y culturales semejantes.

En Brasil, no se conocen instrumentos específicos, construidos o adaptados para el idioma portugués brasileño, que evalúen de forma completa los motivos de la adhesión o no al tratamiento del cáncer, como retratados en la escala ya citada. De ese modo, la utilización de un instrumento que pueda facilitar la identificación de los principales motivos de la no adhesión al tratamiento del cáncer - específicamente el CCU y de mama, y que puedan favorecer el cuidado sistematizado, además de ofrecer mejor abordaje de los profesionales de la salud a las clientes afectados por esa enfermedad - debe ser considerada como una importante estrategia para mejorar la asistencia y la calidad de vida de mujeres en tratamiento de esas neoplasias.

Así, delante de la escasez de instrumentos de medición de la adhesión al tratamiento del cáncer de mama y de CCU, este estudio objetivó traducir, adaptar y validar la escala *Adherence Determinants Questionnaire*, de acuerdo con el contexto brasileño.

## Método

Se trata de estudio metodológico de adaptación y de validación de un instrumento, la escala *Adherence Determinants Questionnaire* para el idioma portugués, en el contexto brasileño. No existen validaciones para otro idioma. El estudio fue desarrollado en dos fases:

1) traducción y adaptación de la escala ADQ y 2) evaluación de las propiedades psicométricas.

Teniendo en vista diversos métodos para el proceso de traducción y adaptación transcultural, se utilizó el referencial metodológico de adaptación transcultural que consiste en cinco etapas: 1. Traducción inicial, 2. Síntesis de las traducciones, 3. Traducción de vuelta al idioma original (*back-translation*), 4. Revisión por un comité de especialistas y, 5. Preprueba<sup>(10)</sup>.

La primera etapa, traducción inicial, fue realizada por dos individuos fluentes en el idioma original de la escala y traducida de forma independiente para el idioma portugués. Un traductor (T1) que no era del área de la salud (profesor de la Casa de Cultura Británica de la Universidad Federal de Ceará); la otra traducción fue realizada por un traductor (T2) que es un profesional de la salud (estudiante del curso de maestría en salud pública), fluente en el idioma inglés<sup>(10)</sup>.

En la etapa de la síntesis de las traducciones, las versiones de cada traductor (T1 y T2) fueron reunidas y sintetizadas en un único instrumento final (T12), con la participación de la autora principal de esta investigación, con la finalidad de minimizar las posibilidades de errores típicos de traducción, como omisión o acrecimos de palabras, que puedan cambiar el real significado de las palabras<sup>(10)</sup>.

En la etapa III, traducción de vuelta al idioma original (*back-translation*), otros dos traductores de nacionalidad inglesa con dominio del idioma portugués, residentes en los Estados Unidos, que desconocían la versión original de la escala, realizaron una nueva traducción (BT1 y BT2), de forma independiente, para el idioma de origen de la misma, a partir de la versión T12, producida en la etapa anterior. Este es un proceso de verificación de validez que permite averiguar las inconsistencias y los errores conceptuales cometidos durante el proceso de traducción inicial y síntesis de las traducciones.

La etapa IV, revisión del comité de jueces, fue compuesta por cinco jueces seleccionados de acuerdo con criterios preestablecidos que consideraban la producción científica, la experiencia práctica con la temática de adhesión al tratamiento del cáncer de mama y CCU, la experiencia con traducción, adaptación y validación de instrumentos, así como un especialista enfermero lingüístico. Esa etapa fue realizada en grupo, de forma presencial con los jueces, evitando el tiempo valioso gastado en la validación de instrumentos por medio escrito o electrónico. Ese método incentivó el intercambio de experiencias

entre los participantes del grupo, enalteciendo las discusiones y el material producido.

El papel del comité de jueces fue consolidar todas las versiones, incluyendo el instrumento original y las versiones traducidas (T1, T2, T12, BT1 y BT2) con el propósito de desarrollar la versión prefinal para el test de campo. Los criterios evaluados por el comité de jueces fueron: análisis de equivalencia semántica, idiomática, funcional y conceptual.

La etapa final de la traducción y adaptación transcultural fue la preprueba, que posee como finalidad verificar la comprensión de la escala por parte del público al cual está destinado. Fue aplicada la escala *Adherence Determinants Questionnaire*- Versión Brasileña (ADQ-VB) en una población de 30 sujetos y verificada la comprensión de la misma por parte del público objetivo, garantizando que la versión adaptada mantuviese su equivalencia en una situación de aplicación. El tiempo de aplicación de la escala también fue registrado para que fuese, posteriormente, informado a las mujeres participantes del estudio.

La segunda etapa del estudio consistió en el análisis de las propiedades psicométricas, necesario para certificar que el instrumento adaptado poseyera las mismas propiedades de la escala original. Esa verificación se realizó por medio de un proceso de validación y confiabilidad.

La validación de contenido fue realizada por el comité de especialistas y fueron discutidas la claridad y la comprensión de los ítems, así como la relevancia de cada ítem dentro de la escala.

La validación del constructo fue realizada después de la aplicación de la escala en el público objetivo, a partir del análisis factorial exploratorio. El análisis factorial demuestra si de hecho el instrumento está midiendo los factores, y cuál es la relación existente de cada ítem de la escala con sus respectivos factores. Se destaca que, antes de la utilización del análisis factorial, es necesario comprobar algunos presupuestos. Se utilizó la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett para analizar la viabilidad del análisis factorial.

En el análisis factorial, fue considerada una carga factorial de, por lo menos, 0,3, positivo o negativo, para que mantuviese relación entre el ítem y el factor determinado<sup>(11)</sup>. Después de la extracción de los factores, fue realizada la rotación de los mismos. La rotación ortogonal Varimax fue seleccionada, ya que agrega menor número de variables dentro de cada factor, facilitando la interpretación de los datos.

Con relación a la confiabilidad, el test escogido para analizar la homogeneidad de la escala ADQ-VB fue la precisión de consistencia interna Alfa de Cronbach, que es la medida más común cuando se trata de confiabilidad<sup>(12)</sup>. El valor del Alfa de Cronbach puede variar entre 0 y 1 y se considera como aceptable valores mayores que 0,7.

Se ratifica que el Alfa de Cronbach mide la unidimensionalidad de un instrumento. Luego, como la escala ADQ presenta varios subcomponentes (dominios), el Alfa de Cronbach fue calculado separadamente para cada dominio, ya que existen, teóricamente, varios constructos en cuestión<sup>(12)</sup>. Además de eso, los ítems reversos fueron ajustados para el cálculo del Alfa de Cronbach.

La escala ADQ posee 38 afirmaciones, considerada del tipo Likert, con respuestas variando 1 a 5, desde: concuerdo plenamente, concuerdo, no concuerdo y ni concuerdo, discuerdo y discuerdo totalmente. El Alfa de Cronbach de la escala total en el idioma inglés fue de 0,76, presentando buena confiabilidad.

Las categorías analizadas en el instrumento fueron las siguientes: (1) percepciones del cuidado interpersonal, (2) creencias sobre la susceptibilidad a la enfermedad, (3) creencias sobre la gravedad de la enfermedad, (4) evaluaciones de los costos y beneficios de la adhesión al tratamiento percibidos por el paciente, (5) percepción subjetiva de normas sociales para adherir, (6) intención de adherir y (7) percepciones de soportes disponibles y ausencia de barreras a la adhesión<sup>(8)</sup>.

La etapa del preprueba (5) y de la validación del constructo fue desarrollada en dos centros de referencia de tratamiento oncológico del estado de Ceará, localizado en el noreste de Brasil.

La población de la etapa de validación fue compuesta por mujeres diagnosticadas con alteraciones malignas de cáncer de cuello uterino o cáncer de mama, en tratamiento especializado (quimioterapia o radioterapia).

La muestra fue calculada por medio de la recomendación de un número de 5 a 10 participantes por variable<sup>(11)</sup>. La escala ADQ es formada por 38 ítems; así, realizando un cálculo simple, multiplicando treinta y ocho por cinco, se obtiene el número de 190. El estudio fue compuesto por 198 participantes, siendo 152 en tratamiento de cáncer de mama y 46 en tratamiento del CCU.

Como criterio de inclusión, se definieron: mujeres en tratamiento de cáncer de mama o cáncer de cuello uterino. Los criterios de discontinuidad fueron: la

renuncia a participar de la investigación después del inicio de la recolección de datos o fallecer durante el período de recolección de datos.

La recolección de datos ocurrió entre los meses de mayo a julio de 2012, a partir de la aplicación de la escala ADQ-VB y un formulario que contemplaba los datos sociodemográficos.

La invitación para la participación en el estudio fue realizada verbalmente, en la sala de espera, en cuanto las mujeres aguardaban el inicio del tratamiento de quimioterapia o radioterapia. Después de la lectura del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) y la anuencia de las mujeres, las mismas eran conducidas a una sala disponible por el servicio para esa finalidad.

Para tratamiento de los datos de validación del constructo, por medio del análisis factorial y la confiabilidad, se utilizó el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 19.0.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Universidad Federal de Ceará, bajo Parecer nº3/12, siendo asegurado el cumplimiento de las normas para investigación en que participan seres humanos, preconizadas por la Resolución nº466/2012, del Consejo Nacional de Salud de Brasil. Además de eso, previamente se estableció contacto con la autora principal de la escala por medio de correo electrónico, la que autorizó el desarrollo de la investigación.

## Resultados

La adaptación transcultural se presenta como un proceso riguroso, constituido por varias etapas con la finalidad de producir un instrumento equivalente al instrumento original en términos de medición del constructo, pero que posea singularidades específicas del contexto en el cual la escala será aplicada.

Comparando las traducciones T1 y T2, de forma general, no hubo diferencias significativas entre las dos versiones. Sin embargo, se observó que la versión T2 realizada por un profesional de la área de la salud utilizó la expresión "plan de tratamiento" para la expresión "treatment plan".

La versión T12 sufrió varios cambios después de la evaluación por el comité de jueces, con destaque para las siguientes: 1) la redundancia de la expresión "Los médicos y otros profesionales de la salud" fue puesta en discusión. Sin embargo, los cinco miembros del comité concordaron con la idea de que el médico es la figura principal del tratamiento del cáncer, concepto embutido en la cultura

brasileña, y, por tanto, debe ser traducido de forma independiente como en la escala original; el pronombre personal "yo" fue incluido en diversas afirmaciones. La justificativa para esa adición fue el hecho de que la palabra "yo" se relaciona a un concepto de apropiación del tratamiento, tornando a la mujer sujeto activo y responsable por su proceso de salud/enfermedad *versus* el tratamiento y la búsqueda por su autocuidado, como declarado por los miembros del comité de especialistas. Al final de la evaluación por el comité de jueces, la escala permaneció con los 38 ítems iguales a los de la escala original. Como la presente investigación se trata de una traducción y adaptación, se optó por considerar la etapa del comité de jueces - en que fueron verificadas todas las equivalencias (conceptual, experimental, funcional e idiomática) - como la propia validación de contenido. Además de eso, se destaca que un extenso trabajo de construcción y análisis de contenido ya fue realizado por los autores de la versión original de la escala.

Tratándose de la etapa de la preprueba, esta fue realizada con 22 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y 8 mujeres con cáncer de cuello uterino. La escolaridad mínima de las participantes de la preprueba fue de 1 año y la máxima de 12 años. En cuanto a la edad, la mínima fue de 45 y la máxima de 79 años. En esa etapa, la investigadora leyó, en conjunto con todas las participantes, cada ítem de la escala, así como su enunciado. La totalidad de las mujeres relató haber comprendido todas las afirmaciones, no siendo necesario, por tanto, ninguna modificación en los ítems de la escala en la versión prefinal.

Las etapas de la validación de constructo y la confiabilidad fueron realizadas con una muestra heterogénea, en lo que se refiere al tipo de cáncer (cervical y mama). La caracterización sociodemográfica de las mujeres con cáncer de mama y cáncer de cuello uterino reveló datos semejantes: intervalo etario predominante entre 40 y 65 años, la mayoría con la presencia de un compañero, bajo nivel de escolaridad y renta, además de poca calificación profesional.

Para la validación del constructo por el análisis factorial, el valor encontrado para el KMO, en la presente investigación, fue de 0,696 y el test de esfericidad mostró ser significativo estadísticamente ( $p=0,001$ ). Por tanto, esos resultados revelaron que el análisis factorial es apropiado para el análisis de la escala ADQ. De esa forma, se optó por utilizar el diagrama de declividad que indica cuantos factores deben ser extraídos a partir del gráfico que señala el número de componentes que están arriba del punto de inflexión.

Conforme el gráfico mostrado abajo, se verifica una curva con difícil interpretación, ya que comienza a tener una cola después de cuatro factores, acentuándose después del quinto factor. Así, después de evaluación crítica y comparación inicial con la escala original, que está compuesta por siete dominios, fue definida la extracción de cinco factores.

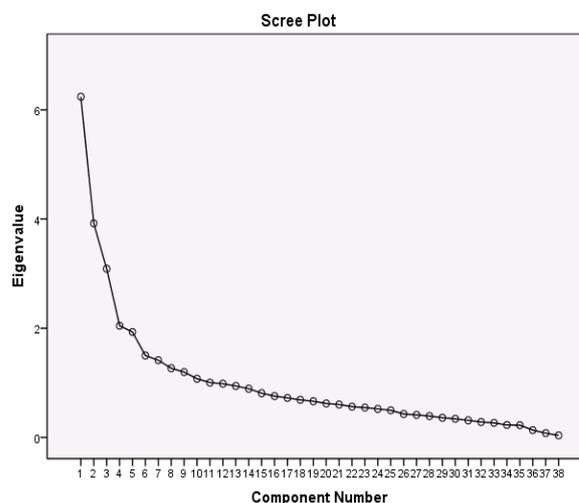


Figura 1 – Diagrama de declividad. Fortaleza, CE, Brasil, mayo/julio 2012

La interpretación de los factores puede además ser mejor comprendida por medio de la rotación. La rotación indica cuales variables se relacionan más fuertemente con cada factor, por medio de la carga factorial. Conforme la Tabla 1, se tiene a los ítems distribuidos en los cinco factores. Se observa que, para la variable que posee carga en más de un factor, se consideró el factor en el cual la carga poseía el mayor valor. Además, se ratifica que todas las variables presentaron valor mayor que 0,3, no siendo necesaria la exclusión de ningún ítem.

Conforme la Tabla 2, se verifican los datos del análisis de la consistencia interna, en que, analizando de forma detallada, está presente la correlación de cada ítem con el total de la escala, así como el valor de Alfa, caso el ítem fuese excluido. Se observa que el valor de Alfa no sufriría grandes cambios, caso algún ítem fuese retirado de la escala.

El valor del Alfa de Cronbach total de la escala encontrado fue de 0,829, indicando que el instrumento revela una buena consistencia interna. El Alfa de Cronbach de la escala original fue de 0,76. Los valores de Alfa de Cronbach, para cada dominio de la escala, fueron calculados de forma separada, variando de 0,639 a 0,844.

Tabla 1 – Matriz de correlación entre los ítems y los dominios de la ADQ-VB, según el análisis factorial por los componentes principales y rotación Varimax. Fortaleza, CE, Brasil, 2012

	Componentes				
	1	2	3	4	5
Ítem 3	0,815				
Ítem 5	0,777				
Ítem 2	0,766				
Ítem 7	0,674				
Ítem 6	0,653				
Ítem 1	0,643				
Ítem 4	0,605				
Ítem 8	0,568				
Ítem 28		0,813			
Ítem 26		0,777			
Ítem 30		0,756			
Ítem 27		0,737			
Ítem 29		0,671			
Ítem 25		0,604			
Ítem 22			0,734		
Ítem 24			0,731		
Ítem 23			0,696		
Ítem 21			0,608		
Ítem 13			0,574	0,313	
Ítem 16			0,433		
Ítem 20			-0,408	-0,345	
Ítem 15			0,381		
Ítem 33				0	
Ítem 31				0,799	
Ítem 34				0,597	
Ítem 14				0,526	
Ítem 11			0,356	0,507	
Ítem 32				0,498	
Ítem 12			0,380	0,420	
Ítem 9				0,339	
Ítem 36					0,626
Ítem 37	0,343				0,592
Ítem 19					-0,573
Ítem 35					0,550
Ítem 18					-0,518
Ítem 38					0,409
Ítem 17					-0,385
Ítem 10					0,357

Tabla 2 – Promedio, variancia, correlación ítem/total y Alfa de Cronbach para la ADQ-VB. Fortaleza, CE, Brasil, 2012

	Promedio de la escala si el ítem es excluido	Variancia de la escala si el ítem es excluido	Correlación ítem/total	Alfa de Cronbach si el ítem es excluido
Ítem1	153,90	192,191	0,297	0,827
Ítem 2	153,36	192,097	0,363	0,824
Ítem 3	153,32	188,453	0,540	0,819
Ítem 4	154,10	191,750	0,290	0,827
Ítem 5	153,39	191,594	0,422	0,822
Ítem 6	153,22	192,931	0,434	0,822
Ítem 7	153,05	196,756	0,315	0,826
Ítem 8	153,56	194,751	0,303	0,826
Ítem 9	153,20	200,242	0,175	0,829
Ítem 10	154,11	192,568	0,283	0,827
Ítem 11	152,98	193,031	0,442	0,822
Ítem 12	152,72	197,708	0,381	0,825
Ítem 13	152,80	197,186	0,431	0,824
Ítem 14	152,83	196,910	0,467	0,824
Ítem 15	153,62	197,252	0,189	0,830
Ítem 16	153,43	189,519	0,435	0,821
Ítem 17	153,85	194,428	0,236	0,829
Ítem 18	154,34	199,026	0,135	0,832
Ítem 19	154,75	190,568	0,317	0,826
Ítem 20	153,46	190,753	0,438	0,822
Ítem 21	153,95	193,757	0,319	0,825
Ítem 22	152,84	195,573	0,375	0,824
Ítem 23	153,82	194,517	0,286	0,826
Ítem 24	153,26	195,053	0,364	0,824
Ítem 25	152,62	202,473	0,156	0,829
Ítem 26	152,72	199,329	0,272	0,827
Ítem 27	152,73	200,637	0,210	0,828
Ítem 28	152,85	198,978	0,253	0,827
Ítem 29	152,67	201,054	0,231	0,828
Ítem 30	152,76	197,527	0,361	0,825
Ítem 31	152,59	200,561	0,456	0,826
Ítem 32	152,89	198,316	0,271	0,827
Ítem 33	152,58	201,681	0,363	0,827
Ítem 34	152,80	202,242	0,123	0,830
Ítem 35	154,09	193,116	0,265	0,828
Ítem 36	154,34	188,739	0,373	0,824
Ítem 37	153,73	188,506	0,468	0,820
Ítem 38	153,13	199,137	0,268	0,827

## Discusión

En las etapas de traducción inicial, síntesis de las traducciones y *back-translation* la elección de los traductores debe ser realizada de forma bastante juiciosa, con la finalidad de minimizar los errores y obtener aproximación de una traducción coherente con el contexto, al cual la escala será aplicada. Delante de eso, la elección de un traductor que era profesional del área de la salud y otro traductor que no tuviese dominio en esa temática fue esencial para la producción de una versión contextualizada en lo cotidiano brasileño.

En ese contexto, la elección de los participantes del comité de jueces también debe ser realizada de forma juiciosa, ya que la diversificación de conocimientos es esencial para la funcionalidad y dinámica de la etapa, así como para la construcción de la versión prefinal. La heterogeneidad del grupo contribuyó, de forma significativa, para las discusiones acerca de la mejor forma gramatical, cultural y conceptual de los ítems de la escala. Se destaca que el hecho de que la etapa hubiese sido realizada de forma presencial, permitió mayor riqueza de las discusiones.

En relación a la validación de constructo, el análisis factorial identificó la extracción de cinco factores diferentemente de la escala original que medía siete factores.

Los ítems 13, 15 y 16 pertenecientes, en la escala original, al dominio II - Utilidad Percibida (beneficios/costos y eficacia) están intrínsecamente relacionados al dominio que versa sobre la susceptibilidad percibida, ya que los tres ítems dislocados retratan la vulnerabilidad al cáncer al cual las mujeres están expuestas, siguiendo o no el tratamiento.

Además, los ítems 9, 11, 12 y 14 fueron dislocados, después del análisis factorial, para el dominio de las Intenciones. El dominio II, que retrata los costos y beneficios de la adhesión al tratamiento, se aproxima de la idea contenida en el dominio de la Intención, una vez que la intención puede ser vista como una acción comportamental importante en los estudios de los comportamientos de la salud, que podría traducirse en acciones preventivas<sup>(13)</sup>. Así, a partir de la reflexión acerca del beneficio y de las dificultades del tratamiento del cáncer, se toma la decisión de adherir o no al tratamiento, apuntando que el constructo medido en el dominio II puede ser reorganizado en el dominio de la intención sin causar perjuicio en la medición del constructo.

El dominio III, Severidad Percibida, fue casi por completo introducido en el dominio de apoyo de la red

social. Una posible explicación puede estar contenida en el hecho de que, a partir del reconocimiento de la severidad de la enfermedad, el individuo puede precisar o no del apoyo de las redes sociales. Se sabe que la creencia en la severidad de la enfermedad puede influenciar la adhesión de la persona al tratamiento<sup>(14)</sup>.

Además de eso, las realidades en que las escalas fueron validadas difieren en diversos ámbitos, principalmente en lo que se refiere a la escolaridad de las participantes. Las mujeres estudiadas, muchas veces, relataron no tener el conocimiento ideal acerca del tratamiento a las cuales estaban siendo sometidas y ni del tipo y de la agresividad del cáncer que poseían. Por tanto, los dominios de los costos/beneficios y de la severidad percibida pueden estar interconectados con otros subcomponentes de la escala, como revelado en el análisis factorial.

Además, refiriéndose a los resultados del análisis factorial, se observó que ningún ítem presentó carga factorial inferior a 0,3, como recomendado<sup>(11)</sup>. Así, no fue necesaria la exclusión de ningún ítem, revelando buena correlación entre los ítems de la escala y los constructos a ser medidos.

En términos del análisis de la confiabilidad, el Alfa de Cronbach resultó en números que mostraron buena confiabilidad del instrumento, presentando el valor general de la escala de 0,829.

La escala original obtuvo un valor de Alfa de Cronbach un poco abajo del valor de la escala traducida, con 0,76. Ese hecho puede ser explicado debido a los cambios que fueron realizados después del análisis factorial, con la exclusión de dos dominios.

Sin embargo, se sabe que, cuando se trata de instrumentos que poseen diversos subcomponentes como la escala ADQ, el análisis separado de los dominios revela mayor precisión del instrumento, ya que el Alfa de Cronbach mide la unidimensionalidad de un constructo y valores mayores que 0,6 son aceptables<sup>(11)</sup>.

Así, los valores del Alfa de Cronbach de la escala ADQ variaron entre 0,639 y 0,844, revelando que la escala ADQ, en la versión brasileña, presenta alta consistencia interna y puede ser considerado un instrumento confiable.

Sin embargo, se sabe que la adhesión no es un atributo de fácil medición y se debe siempre tratar de identificar en ese proceso cuáles son las principales dificultades presentadas por personas que experimentan el tratamiento de enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer, con el objetivo de minimizarlas, mejorando la calidad de vida de las mismas<sup>(7)</sup>. De esa forma, la escala ADQ busca abordar los diferentes constructos que

participan en la adhesión, comprendiendo la complejidad relacionada a esta temática.

## Conclusión

En lo que se refiere a la evaluación de las propiedades psicométricas, la escala ADQ-Versión Brasileña quedó con 38 ítems semejantes a los contenidos en la escala original. En contrapartida, en la versión brasileña, hubo la disminución de dos dominios de la escala original para cinco dominios, resultado del análisis factorial. Ese cambio sugiere que los investigadores que trabajan con adaptación y validación de instrumentos deben evaluar, de forma juiciosa, el contexto de vida al en el cual la escala será aplicada, con el objetivo de orientar decisiones, como exclusión de ítems y dominios, para que no puedan apenas transcribir, sin raciocinio crítico, procesos de validación realizados en el instrumento original.

Se adiciona, además, que los dominios de la escala, así como la escala total mostraron elevados índices de confiabilidad por medio del valor de Alfa de Cronbach que varió de 0,639 a 0,844, resultando en 0,829 el valor total. Se concluye, por tanto, que la escala ADQ-VB es un instrumento válido, confiable y capaz de medir los elementos de adhesión al tratamiento del cáncer. Además, el instrumento también apunta elementos que pueden ser reforzados positivamente y servir de apoyo para mejorar la adhesión al tratamiento del CCU y de mama.

Por último, se cree que el presente estudio contribuyó para la publicación de una escala confiable que es capaz de medir los elementos de adhesión al tratamiento del cáncer del cuello de útero y de mama. La investigación además posibilita que enfermeros, otros profesionales de la salud y administradores repiensen sus prácticas de la salud, dirigiendo sus intervenciones de forma participativa entre cliente y familia, considerándolos como referencia en sus actitudes, en el sentido de contribuir para una mejor calidad de vida y enfrentamiento de esas neoplasias, todavía tan prevalentes en lo cotidiano de las mujeres brasileñas.

## Referencias

1. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Estimativa 2014. Incidência de câncer no Brasil [acesso 2 jan 2014]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>
2. Nerone V, Trincaus MR. Reações emocionais e sentimentos experienciados pelas mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Salus-Guarapuava*. 2007;1(2):147-55.
3. Oliveira MS, Fernandes AFC, Galvão MTG. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):150-5.
4. Salimena AMO, Souza IE. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas à histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. *Esc Anna Nery*. 2008;12(4):637-44.
5. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2511-22.
6. Gonçalves LLC, Lima AV, Brito ES, Oliveira MM, Albuquerque L, Oliveira R, et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(3):468-72.
7. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adherence to prescribed therapy: points for concepts and presuppositions discussion. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775-82.
8. Dimatteo R, Hays RD, Gritz Er, Bastani R, Crane L, Elashoff R, et al. Patient Adherence to Cancer Control Regimens: Scale Development and Initial Validation. *Psychol Assess*. 1993;5(1):102-12.
9. Souza BF, Pires FH, Dewulf NLS, Inocenti A, Silva AEBC, Miasso AI. Patients on chemotherapy: depression and adherence to treatment. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):61-8.
10. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. [Internet]. Califórnia: American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health; 2007. [acesso 2 jun 2012]. Disponível em: <http://www.dash.iwh.on.ca>
11. Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):992-9.
12. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-334.
13. Cavalcanti APR, Dias MR, Costa MJC. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos Psicol*. 2005;10(1):121-9.
14. Cardoso L, Miasso AI, Galera SAF, Maia BM, Esteves RF. Adherence level and knowledge about psychopharmacological treatment among patients discharged from psychiatric internment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(5):1146-54.

Recibido: 10.6.2014

Aceptado: 11.4.2015