

---

---

# DESARROLLO DE INSTRUMENTO DE MEDIDA DE CREENCIAS Y ACTITUDES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE LAS VALVULAS CARDÍACAS

Kátia Melissa Padilha<sup>1</sup>

Maria Cecília Bueno Jayme Gallan<sup>2</sup>

Roberta Cunha Rodrigues Colombo<sup>2</sup>

*Fue objetivo de este estudio verificar la validez del contenido y la confiabilidad del instrumento para mensuración de las creencias y actitudes de los pacientes con enfermedad de las válvulas cardíacas sobre su enfermedad y tratamiento (Instrumento-CAV). El instrumento fue analizado por tres jueces (utilizando criterios predeterminados) y sometido a prueba (n=17 sujetos). La mayoría de los ítemes fue evaluada como pertinente, clara y significativa para la cuestión analizada. Con prueba se evidenció la necesidad de pequeños cambios en la construcción de algunas afirmativas, que optimizaron la comprensión del instrumento por los pacientes. El instrumento reestructurado fue aplicado en 46 pacientes para verificación de la consistencia interna. La totalidad del instrumento y la mayoría de sus escalas presentaron consistencia interna satisfactoria. Se pudo concluir que el instrumento es pertinente al objeto de estudio y internamente consistente, ratificando la adecuación de su aplicación para mensuración de la fuerza de asociación entre las variables investigadas.*

**DESCRIPTORES:** actitud; validez; enfermedades de las válvulas cardíacas

---

## INTRODUCCIÓN

La literatura ha destacado la importancia del desarrollo de métodos que permitan medir variables que constituyen una área específica de atención e interés, tales como variables psicosociales<sup>(1)</sup>. Este proceso de mensuración permite una aproximación más objetiva de la información, además de atribuir una dimensión cuantitativa y, por lo tanto, una adquisición de información relativamente precisa<sup>(2)</sup>. Por consecuencia, la utilización de escalas para medir variables psicosociales se volvió una práctica con frecuencia creciente en estudios científicos contemporáneos.

Es dada atención específica a la utilidad de variables psicosociales en la identificación del impacto de enfermedades crónicas en la vida de un sujeto. La manera en que el sujeto percibe la experiencia de la enfermedad le induce a responder con las técnicas terapéuticas y rituales que considera adecuados. En general, esta decisión es construida a partir de experiencias pasadas, el ambiente social y las características del sujeto, que gradualmente interpreta sus creencias e actitudes sobre hechos, experiencias y también sobre su enfermedad y tratamiento, principalmente con relación a la enfermedad<sup>(3)</sup>.

La mensuración de la intensidad de variables psicosociales nos permite estimar la magnitud de uno o más fenómenos en la vida del sujeto, y también evaluar la evolución de esta intensidad en reacción a la marcha de

la enfermedad o a una intervención específica.

La enfermedad del corazón generalmente es caracterizada, con algunas excepciones, por cronicidad – pacientes con enfermedades cardíacas, mismo cuando ocurre estabilización clínica, tienen que lidiar con la necesidad de seguimiento continuo y la posibilidad constante de una nueva descompensación o agudización de la situación clínica.

En la literatura existen numerosos estudios sobre las necesidades y cuidados especiales exigidos para pacientes con enfermedad de las válvulas cardíacas sometidos a procedimientos intervencionistas. A pesar de la cronicidad de la enfermedad, pocos estudios tratan de la experiencia del sujeto a cerca de la enfermedad, sus síntomas y tratamiento durante los períodos no relacionados a la intervención, destacando la ausencia de investigaciones hechas para identificar las creencias y actitudes de pacientes de enfermedad de las válvulas cardíacas sobre su condición y tratamiento<sup>(4-7)</sup>.

Considerando la importancia de aprender como los pacientes de enfermedad de las válvulas cardíacas lidian con la enfermedad, fueron realizados estudios para verificar las creencias y actitudes de estos individuos sobre su enfermedad y tratamiento<sup>(8-9)</sup> mientras eran seguidos en unidades clínicas. El análisis de estas investigaciones mostró cuatro áreas principales de creencias, relacionadas a: la construcción de un concepto a cerca de la enfermedad, el impacto de la enfermedad, el impacto del tratamiento y la adhesión al tratamiento<sup>(10)</sup>.

---

<sup>1</sup> Enfermera. Alumno del Curso de Maestría en Enfermería, e-mail: kapadilha@yahoo.com.br; <sup>2</sup> Enfermera. Doctorado en Enfermería, Professor Colaborador. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

---

Como resultado de este análisis, logramos desarrollar un instrumento capaz de medir objetivamente tales creencias y actitudes. La identificación de las creencias más significativas y sus relaciones puede proveer informaciones importantes para orientar los esfuerzos de rehabilitación y/o promoción de salud mediante actividades educacionales, además de permitir que sean evaluadas modificaciones en estos valores y la magnitud de este cambio en respuesta a intervenciones educacionales.

Cuando construye una escala para medir un fenómeno cualitativo, el investigador debe proponer puntos que expresen una visión sobre un asunto, a partir de fundaciones teóricas relacionadas a la mensuración de eventos cualitativos y características del objeto de estudio<sup>(11)</sup>. Por lo tanto, mediante un análisis global de los datos cualitativos obtenidos de estudios anteriores de pacientes con enfermedad de las válvulas cardíacas, fue desarrollado un instrumento para medir las creencias y actitudes de pacientes con enfermedad de las válvulas cardíacas sobre su enfermedad y tratamiento<sup>(12)</sup>, el Instrumento CAV – Creencias, Actitudes y Valores.

Tras la concepción de una escala de medida, deben ser evaluadas su confiabilidad y validez.

La confiabilidad de un instrumento de medida es uno de los principales criterios para evaluar su calidad y puede ser definida como el grado de coherencia con que el instrumento mensura el atributo. Puede ser evaluada mediante test/retest, que evalúa la estabilidad del instrumento; confiabilidad inter-evaluadores, que evalúa la equivalencia de mensuración entre diferentes observadores; y mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que evalúa la consistencia interna<sup>(2,13-14)</sup> y es uno de los métodos más ampliamente utilizados para evaluación de confiabilidad.

La validez indica el grado en que un instrumento mide lo que dice medir. Ha tres tipos de validez: validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo. La validez de contenido evalúa el grado en que la muestra constituye una representación adecuada del dominio que se debe mensurar; la validez de criterio evalúa la capacidad de un instrumento de diferenciar entre los comportamientos de sujetos con respecto a cualquier criterio externo, utilizando análisis de correlación para establecer estas relaciones<sup>(2,13-14)</sup>; y la finalidad de la validez de constructo es verificar cuál constructo el instrumento realmente está midiendo. Los instrumentos de validez de constructo los más ampliamente utilizados

son: análisis de la relación teórica que se supone entre los constructos y análisis factorial<sup>(2)</sup>.

La validez de contenido es alcanzada mediante la evaluación de los puntos del instrumento por un grupo de especialistas con experiencia anterior o reconocida competencia actual en las áreas del estudio, llamados jueces. La importancia de esta fase en el proceso de validación de la escala se destaca en la literatura<sup>(2)</sup>, aunque sólo pocos artículos ofrecen una descripción detallada del proceso de evaluación de los puntos del instrumento por jueces.

Por lo tanto, las preguntas que orientaron esta investigación fueron: ¿el Instrumento CAV presenta validez de contenido? Si su validez es confirmada, ¿la información colectada es precisa, i.e. el Instrumento es confiable?

En el intento de responder a esas preguntas, la finalidad de este estudio fue describir los procesos de validez del contenido y verificar la confiabilidad del Instrumento CAV.

## METODOLOGÍA

Este es un estudio metodológico que se puede definir como la investigación de métodos para recopilación, organización y análisis de datos, diseñados para la preparación, validación y evaluación de instrumentos y técnicas de investigación<sup>(2)</sup>.

### Fase 1: Construir el Instrumento CAV

Tras un análisis global de los datos cualitativos obtenidos mediante estudios anteriores<sup>(8-9)</sup>, fue construido un nuevo instrumento, dividido en grandes puntos, en el que los resultados obtenidos para pacientes con enfermedad de las válvulas mitral y aórtica fueron agrupados lado a lado. Después, estos resultados fueron redistribuidos de acuerdo con similitudes y divergencias y sus frecuencias fueron registradas. Los resultados fueron clasificados en los siguientes grupos: caracterización demográfica y clínica de los sujetos; conocimiento del sujeto sobre su enfermedad; creencias del sujeto sobre la enfermedad y el tratamiento; y evaluación del impacto de la enfermedad y del tratamiento en la vida del paciente<sup>(15)</sup>.

Los grupos y su contenido dirigieron la construcción de cuatro escalas psicométricas, y también de las tres preguntas cerradas que inicialmente constituyeron el Instrumento CAV.

**A1. Medida de la evaluación del paciente respecto al conocimiento sobre la enfermedad.** En esta parte, se pide al paciente evaluar su conocimiento en una escala Likert de cinco puntos, variando entre (1) *absolutamente nada* y (5) *mucho*.

**A2. Medida de creencias sobre la enfermedad.** La finalidad de esta escala es medir las creencias de los sujetos sobre la enfermedad y los cuidados relacionados. Consiste en 14 cuestiones, que el paciente puede responder mediante una escala Likert de cinco puntos, variando entre (1) *muy en desacuerdo* y (5) *muy de acuerdo*.

**B. Medida de creencias sobre el impacto de la enfermedad en la vida del sujeto.** La finalidad de esta escala es medir la evaluación del paciente respecto a las consecuencias de la enfermedad en su vida, por lo tanto, con el intento de medir, de manera indirecta, una actitud favorable o desfavorable frente a la enfermedad. Es compuesto por 14 cuestiones, que el paciente puede responder mediante una escala Likert de cinco puntos, variando entre (1) *muy en desacuerdo* y (5) *muy de acuerdo*.

**C. Medida de creencias sobre el impacto del tratamiento en la vida del sujeto.** La finalidad de esta escala es medir (indirectamente) la actitud del paciente frente a las consecuencias del tratamiento en su vida, por ejemplo, si posee una actitud favorable (positiva) o desfavorable (negativa) frente al tratamiento. Consiste en 7 cuestiones que se puede responder mediante una escala Likert de cinco puntos, variando entre (1) *muy en desacuerdo* y (5) *muy de acuerdo*.

**D. Medida de creencias sobre adhesión al tratamiento médico:**

**D1:** La finalidad es medir la adhesión a la terapia médica según el paciente. Por lo tanto, se pide al paciente de escoger uno entre cinco respuestas posibles sobre uso de medicación en los últimos dos meses: (1) *No tomé ninguno de los medicamentos prescritos*, (2) *No tomé algunos de los medicamentos prescritos*, (3) *No se como puedo responder*, (4) *Tomé los medicamentos prescritos con bastante regularidad* y (5) *Tomé los medicamentos prescritos regularmente*.

**D2:** La finalidad es la medida directa de la actitud del paciente frente al uso de medicamentos mediante una escala Likert de cinco puntos, variando entre (1) *totalmente desfavorable* y (5) *totalmente favorable*.

**D3:** La finalidad es medir las creencias del sujeto respecto al uso de medicamentos. Esta escala es compuesta por 10 cuestiones que el paciente puede responder mediante

una escala Likert de cinco puntos, variando entre (1) *muy en desacuerdo* y (5) *muy de acuerdo*.

Fase 2: Evaluar la Validez de Contenido del Instrumento CAV

Para verificar la validez de contenido según las recomendaciones de la literatura<sup>(16)</sup>, el Instrumento CAV fue evaluado por tres jueces (un enfermero, un médico y un psicólogo), escogidos de acuerdo con los siguientes requisitos:

- Ser un trabajador de salud;
- Poseer experiencia y competencia reconocida en al menos una de las siguientes situaciones: cuidado de enfermería a pacientes cardíacos; educación en salud; cuidado médico a pacientes cardíacos o utilización (creación, evaluación, validación) de escalas psicométricas; y
- Aceptar evaluar una versión piloto del instrumento de recopilación de datos.

Fue creado un instrumento específico para esta evaluación, que exigió la evaluación de todos los puntos de cada escala respecto a su favorabilidad, claridad y pertinencia.

Para evaluar la claridad de los puntos, cada juez concedió una nota entre 1 y 3 (1 - *poco claro*, 2 - *relativamente claro*, 3 - *muy claro*).

Con respecto a la evaluación de pertinencia, fue solicitado a los respondientes evaluar cada punto como *pertinente (P)* o *no pertinente (NP)*.

Los jueces fueron requeridos para escoger entre 5 y 10 puntos en cada escala que midieron mejor el constructo de interés, mediante una clasificación numérica (1, 2...) de acuerdo con el grado de importancia.

Los jueces también evaluaron cada punto de la escala, midiendo el constructo de actitud como favorable (+) o desfavorable (-) con respecto al objeto de análisis (enfermedad, tratamiento, uso de medicación).

Con objeto de analizar las evaluaciones del Instrumento CAV por los jueces, los datos fueron sometidos al test de Friedman, el coeficiente de concordancia de Kendall y el coeficiente múltiple de concordancia Kappa. Los puntos con análisis contradictorio fueron re-estudiados y reestructurados o excluidos.

Finalmente, para confirmar el tratamiento de todas las dimensiones del constructo, fue solicitado a los jueces incluir puntos para los constructos evaluados, que fueron

sometidos a análisis por el investigador y adicionados al grupo inicial de puntos cuando apropiado.

Tras el análisis por los jueces y reestructuración, el instrumento fue aplicado a una muestra de 17 pacientes para verificar la interpretabilidad y el alcance de las instrucciones, puntos y formato de la escala.

Tras el análisis y pretest, fueron modificadas algunas declaraciones en el instrumento definitivo, excluyendo una de ellas (ítem D3.7 de la escala D3).

### Fase 3: Evaluación de la Confiabilidad del Instrumento CAV

Tras la reestructuración del instrumento de acuerdo con el análisis de los jueces y con el pretest, lo aplicamos a una muestra de 46 pacientes bajo tratamiento en la clínica de cardiología del Hospital Escuela de la Universidad de Campinas, Brasil. Los datos de la muestra fueron: media de edad 43,9 ( $\pm$  17,3) años (edad mínima = 18; edad máxima = 78); 67,4% (31/46) femenino, 63,0% (29/46) casado, con 5 ( $\pm$  3,6) años medios de educación, variando entre cero y 16 años. En esta muestra, 52,2% (24/46) de los pacientes solamente tenían una lesión en una única válvula cardíaca, 19,5% (9/46) tenían doble lesión y 28,3% (13/46) más que una válvula afectada. La media de tiempo tras el diagnóstico de enfermedad de válvula cardíaca era 6,9 ( $\pm$  7,2) años, variando entre cero y 39 años.

Los datos obtenidos mediante el Instrumento CAV fueron sometidos al análisis descriptivo y al coeficiente alfa de Cronbach para determinar su confiabilidad.

### Aspectos éticos

El Comité de Ética de Investigación, Escuela de Ciencias Médicas, Universidad Estatal de Campinas – UNICAMP (CEP n. 389/2001) recibió y aprobó el proyecto y el término de consentimiento libre e informado, firmado por el paciente antes del inicio de la entrevista.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Validez de contenido – análisis por los jueces

Presentaremos el análisis de acuerdo con la secuencia de escalas, siguiendo los puntos evaluados.

**Escala A2** (*Medida de creencias sobre la*

*enfermedad*): según la evaluación de los jueces, no ocurrieron divergencias entre los puntos respecto a pertinencia (test Q de Cochran, valor de  $p = 0,448$ ), i.e. todos los puntos fueron pertinentes a pesar de que, según el coeficiente Kappa, los jueces no concordaron sobre este análisis ( $k = -0,050$ , valor de  $p = 0,63$ ).

Con respecto a la *claridad*, verificamos divergencias (test Friedman, valor de  $p = 0,014$ ), lo que indica que algunos puntos fueron considerados no claros (A2.9 y A2.10). El análisis del coeficiente de Kendall demostró que los jueces concordaron en cuanto a esta evaluación ( $w = 0,682$ ).

Uno de los jueces no clasificó los puntos de la escala según su grado de importancia, que imposibilitó el análisis estadístico de la pregunta sobre el ordenamiento.

Tras análisis, el ítem A2.10 fue modificado de acuerdo con la siguiente sugerencia: sustituimos “en mi caso la válvula no está funcionando, creo que tengo propensión a líquido en los pulmones y falta de aire” por “por causa de mi problema puedo quedarme sin aire”. Por otro lado, fue sugerido que substituyéramos ítem A.9 “La causa de mi problema fue fiebre reumática” por “La causa de mi problema es reumatismo del sangre”, pero no lo alteramos porque todos los pacientes entrevistados comprendieron el término fiebre reumática.

Aunque los jueces evaluaron el ítem A12 como claro, lo modificamos ya que el uso de frases negativas interfiere con la formulación de la respuesta del paciente. Subsecuentemente realizamos el siguiente cambio: “Creo que no necesito cualquier atención alimentaria especial” por “Creo que necesito atención alimentaria especial”.

**Escala B** (*Medida de creencias sobre el impacto de la enfermedad en la vida del sujeto*): Respecto a la favorabilidad, observamos que los jueces divergieron, i.e. existen puntos favorables (B1, B3, B6 y B9) y desfavorables (B2, B4, B5, B7, B8, B10, B11, B12, B13, B14) (Caja 1) (valor de  $p = 0,002$  test Q de Cochran). En esta evaluación, verificamos que los jueces concordaron ( $k = 0,767$ , valor de  $p = 0,0001$ ).

No verificamos ninguna diferencia entre los puntos (valor de  $p = 0,448$ , test Q de Cochran) con respecto a la *pertinencia*, i.e. todos fueron evaluados como pertinentes. Mediante el análisis del coeficiente Kappa, observamos que los jueces discordaron ( $k = -0,1351$ , valor de  $p = 0,81$ ).

Confirmamos que no había diferencias entre los puntos relacionados a la claridad (valor de  $p = 0,448$ , test de Friedman), aunque los jueces discordaron parcialmente

según el análisis del coeficiente Kendall ( $w = 0,333$ ).

Por lo tanto, no hicimos alteraciones en la escala B, ya que fue evaluada como pertinente y clara, sin excepciones y con buena comprensión de los pacientes en el pretest. La desproporción entre las creencias favorables y desfavorables ocurrió debido a la dificultad en encontrar frases que no modificaron la idea obtenida en estudios anteriores<sup>(1-2)</sup>, además de ser comprendidas por los pacientes y evitar frases negativas. De esta manera, prevalecieron las creencias desfavorables.

Tabla 1 - Evaluación de la favorabilidad de creencias respecto al impacto de la enfermedad en la vida del sujeto

Creencias favorables	Creencias Desfavorables
B1 Tras contraer la enfermedad, he cuidado más de mi salud.	B2 Por causa de la enfermedad, me volví dependiente de otras personas.
B3 Desde que contrayé la enfermedad, mi familia se ha preocupado conmigo.	B4 Por causa de este problema, no puedo trabajar tanto como solía.
B6 Acepto mi problema de corazón.	B5 Ahora me siento muy irritado y nervioso por causa del problema.
B9 La enfermedad no interfirió en mi vida sexual.	B7 Me siento muy ansioso tras ponerme enfermo.
	B8 Ahora siempre tengo miedo de que algo ocurra.
	B9 Empecé a tener problemas de sueño tras contraer la enfermedad.
	B10 Ahora es muy difícil hacer el trabajo doméstico.
	B11 Muchas veces me siento sin aire.
	B12 Me siento muy cansado.
	B13 Tengo sensaciones de mareo.

**Escala C** (*Medida de creencias sobre el impacto del tratamiento en la vida del sujeto*): con respecto a la favorabilidad, observamos que los jueces evaluaron que existían diferencias entre los puntos, i.e. existen puntos favorables (C1, C5 y C6) y desfavorables (C2, C3, C4 y C7) (Tabla 2), (valor de  $p = 0,014$ , test Q de Cochran). En esta evaluación, los jueces concordaron ( $k = 0,351$ , valor de  $p = 0,0114$ ).

Con relación a la cuestión de pertinencia, no existían divergencias entre los puntos (valor de  $p = 0,423$ , test Q de Cochran), i.e. todos los puntos fueron evaluados como pertinentes, a pesar de que los jueces no concordaron según el análisis del coeficiente múltiple kappa ( $k = 0,255$ , valor de  $p = 0,9510$ ).

Respecto a la claridad de la escala C, no observamos divergencias entre los puntos (valor de  $p = 0,423$ , test de Friedman). Mediante el análisis del coeficiente Kendall, verificamos que los jueces discordaron parcialmente sobre esta evaluación ( $w = 0,333$ ). Por lo

tanto, no hicimos alteraciones en esta escala.

Tabla 2 - Evaluación de la favorabilidad de creencias sobre el impacto del tratamiento en la vida del sujeto.

Creencias favorables	Creencias Desfavorables
C1 Volví para mi empleo regular.	C2 Me siento mejor.
C5 Ahora como mejor.	C3 Ahora acepto la enfermedad.
C6 Volví a dormir mejor.	C4 Me molesto porque tengo que ir al hospital frecuentemente.
	C7 Me incomoda ser obligado a tomar medicamentos.

**Escala D3** (*Creencias sobre el uso de medicamentos*): respecto a la favorabilidad, observamos divergencias entre los puntos, i.e. existían puntos favorables (D3.3 y D3.10) y desfavorables (D3.2, D3.4, D3.5, D3.6 y D3.9) (Caja 3) (valor de  $p = 0,014$ , test Q de Cochran). Los jueces concordaron sobre esta evaluación ( $k = 0,417$ , valor de  $p = 0,0035$ ).

Con respecto a la *pertinencia*, observamos que no había diferencia entre los puntos (valor de  $p = 0,423$ , test Q de Cochran), i.e. todos fueron evaluados como pertinentes. El análisis del coeficiente kappa demostró que los jueces discordaron ( $k = -0,283$ , valor de  $p = 0,9668$ ).

Debe ser notado que uno de los jueces no evaluó los puntos D3.1, D3.7 y D3.8 con respecto a su favorabilidad y pertinencia. De acuerdo con este juez, estos puntos son relacionados al paciente y no expresan una creencia o sensación. Por lo tanto, no incluimos estos puntos en el análisis estadístico.

Respecto a la claridad de esta escala, no observamos diferencias entre los puntos (valor de  $p = 0,132$ , test de Friedman) y los jueces concordaron sobre este análisis (coeficiente Kendall  $W = 0,509$ ).

Aunque la evaluación de los jueces fue considerada positiva con relación a la pertinencia y claridad de las frases, aceptamos una sugerencia hecha por dos de ellos para clarificar algunas frases. Subsecuentemente, alteramos estos puntos de la siguiente manera: D3.1 – de “*A veces se me olvido de tomar mis medicamentos*” para “*Lo considero desagradable recordar el horario de tomar mis medicamentos*”; D3.7 – excluido; D3.8 – de “*Logré adaptar el uso de medicamentos a mi rutina*” para “*Logré incluir el uso de medicamentos en mi rutina diaria*”; y ítem D3.9 – de “*No siento los efectos malos de los medicamentos*” para “*Creo que el uso de medicamentos pueda causar efectos malos*”. Aunque uno de los jueces evaluó los puntos D3.1 y D3.8 como más relacionados al comportamiento del paciente respecto a los medicamentos, sin expresar creencias o sentimientos

sobre el asunto, mantuvimos los puntos ya que fueron relatados significativamente en estudios anteriores<sup>(1-2)</sup>.

Tabla 3 – Evaluación de los jueces a cerca de la favorabilidad de las creencias sobre el uso de medicamentos

Creencias Favorables	Creencias Desfavorables
D3.3 Creo que los medicamentos son necesarios.	D.2. Creo que el médico prescribe muchos medicamentos.
D3.10 Me siento mejor tomando los medicamentos prescritos.	D.3.4 Los medicamentos son muy caros y muchas veces no los puedo comprar.
	D.3.5 Me siento mal cuando tomo los medicamentos.
	D3.6. Creo que usar muchos medicamentos debilita el organismo.
	D3.9. Creo que el uso de medicamentos pueda causar efectos malos.

#### Resultados del test del coeficiente $\alpha$ de Cronbach

Para cuantificar la consistencia interna entre los puntos de una misma escala del instrumento, calculamos el  **$\alpha$  de Cronbach**. Este coeficiente mide la correlación entre cada uno de los subpuntos y el número total de puntos sobre aquella sección para cada paciente. Valores mayores de 0,80 indican alta consistencia interna y sugieren que el instrumento puede ser aplicado en otras investigaciones. Si el instrumento haya sido construido solamente para la investigación en curso, valores mayores de 0,60 indican precisión intra-individual<sup>(10)</sup>.

Las escalas del Instrumento CAV necesitan un coeficiente  $\alpha$  alrededor de 0,60 para confirmar su consistencia interna, ya que la finalidad es la de ser aplicado solamente a pacientes con enfermedades de válvula cardíaca bajo tratamiento en el Hospital Escuela de la Universidad de Campinas.

El valor de  $\alpha$  alcanzado en el análisis del instrumento global ( $\alpha=0,70$ ) indica un nivel satisfactorio de consistencia interna.

Por otro lado, el análisis separado de las escalas demostró que los puntos de las escalas B y D presentaron respuestas con alta consistencia interna, mientras las escalas A y C presentaron un valor menor que el esperado.

La escala A alcanzó un valor de  $\alpha$  adecuado (0,60) cuando removemos cinco puntos, que fueron considerados como creencias o conceptos equivocados sobre la enfermedad en un análisis posterior. Los puntos restantes, que fueron consistentes, estaban relacionados a creencias correctas. Después, redistribuimos las frases en dos

escalas nuevas: **A2–I Creencias inadecuadas sobre la enfermedad** y **A2–II Creencias adecuadas sobre la enfermedad**. La escala A2–I alcanzó un  $\alpha$  de 0,51, demostrando consistencia entre las creencias inadecuadas también.

El retiro de puntos de la escala C no resultó en una mejora significativa del valor de  $\alpha$ , demostrando la alta variabilidad en las respuestas de los pacientes a los puntos de esta escala.

La escala C, que mide el impacto del tratamiento en la vida del sujeto, alcanzó valores de  $\alpha$  extremadamente bajos, sin aumento significativo tras el retiro de algunos puntos. La escala será mantenida en su forma actual para la continuación del estudio, aumentando el tamaño de la muestra para verificar si la alta variabilidad de las respuestas persistirá en la muestra mayor. Si la alta variabilidad de las respuestas se mantenga, será interesante analizar los factores que contribuyen a este facto, tales como la formulación inadecuada o no-representativa de las creencias en la población analizada o la creación de una manera de percepción totalmente individual de tal impacto, que resulta en una alta variabilidad de las respuestas y, consecuentemente, en valores bajos de  $\alpha$ .

## CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados obtenidos mediante este estudio nos llevaron a concluir que la mayoría de las creencias que componen el Instrumento CAV fueron evaluadas como pertinentes, claras y relevantes para la cuestión analizada. Las sugerencias recibidas nos permitieron reestructurar el instrumento y clasificar los puntos como favorables/desfavorables – una definición esencial con vistas al análisis estadístico subsiguiente. Sometimos el Instrumento CAV al proceso inicial de validación, demostrando una consistencia interna satisfactoria.

Es necesario aumentar el número de sujetos para confirmar la consistencia interna e implementar los pasos siguientes del proceso de validación, i.e. para verificar la validez de constructo y empezar los testes de correlación y comparación entre las variables estudiadas.

## REFERENCIAS

1. Dela Coleta MF. O modelo de crenças de saúde: uma aplicação a comportamento de prevenção e controle de

- 
- doença cardiovascular. [dissertação]. Brasília (DF): Instituto de Psicologia/UnB; 1995.
2. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.
  3. Laplantine f. Antropologia da doença. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1991.
  4. Troein M, Rastam L; Selander S. Changes in health beliefs after labeling with hypercholesterolaemia. *Scand J Public Health* 2002; 30(1):76-9.
  5. Krummel DA, Humphries D, Tessaro I. Focus groups on cardiovascular health in rural women: implication for practice. *J Nutr Educ Behav* 2002; 34(1):38-46.
  6. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *ACP J Club* 1996 Nov-Dic; 125(3):76.
  7. Mirotnik J, Feldman L, Stein R. The health belief model and adherence with a community center-based, supervised coronary heart disease exercise program. *J Community Health* 1995 Jun; 20(3):233-47.
  8. Kubo KM, Colombo RCR, Gallani MCBJ, Noronha R. Valvopatia mitral: proposta de assistência de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 Mayo; 9(3):33-43.
  9. Kubo KM, Gallani MCBJ, Colombo RCR, Noronha R. Valvopatia aórtica: levantamento de subsídios para proposta de assistência de enfermagem ambulatorial. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 Septiembre-Octubre; 9(5):55-62.
  10. Padilha KM, Gallani MCBJ, Colombo RCR. Crenças e atitudes de pacientes valvopatas sobre sua doença e tratamento. [monografia]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); 2001.
  11. Pereira JCR. Análise de Dados Qualitativos. Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. São Paulo (SP): EDUSP; 1999.
  12. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall; 1980.
  13. Thompson DR, Meadows KA, Lewin RJP. Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J* 1998; 19:693-5.
  14. Rukholm E, McGirr M. A quality-of-life index for clients with ischemic heart disease: establishing reliability and validity. *Rehabil Nurs* 1994; 19(1):12-6.
  15. Gallani MCBJ, Padilha KM, Colombo RCR, Noronha R. Pacientes com valvopatia aórtica e mitral em atendimento ambulatorial: análise do perfil e das características do cotidiano influenciadas pela doença e tratamento. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2000 Mayo-Junio; 10(3 Supl B):55.
  16. LoBiondo\_Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.
  17. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16:297-334.