

Adaptación transcultural y validación de la Condom Self-Efficacy Scale: aplicación en adolescentes y adultos jóvenes brasileños¹

Carla Suellen Pires de Sousa²
Régia Christina Moura Barbosa Castro³
Ana Karina Bezerra Pinheiro³
Escolástica Rejane Ferreira Moura³
Paulo César Almeida⁴
Priscila de Souza Aquino³

Objetivo: traducir y adaptar la Condom Self-Efficacy Scale para el idioma portugués en el contexto brasileño, originada en los Estados Unidos para medir la autoeficacia en el uso del preservativo. Método: estudio metodológico que comprendió dos etapas: traducción, adaptación transcultural y verificación de las propiedades psicométricas. El proceso de traducción y adaptación estuvo compuesto por: cuatro traductores, un mediador de la síntesis y cinco profesionales de la salud. Se verificó la validación de contenido a través del Índice de Validación de Contenido por medio del juzgamiento de 22 especialistas. Participaron del pretest 40 sujetos que contribuyeron para la comprensión de los ítems de la escala. La escala fue aplicada en 209 estudiantes, de 13 a 26 años, de una escuela de la red estatal de enseñanza. Se analizó la confiabilidad por medio del alfa de Cronbach. Resultados: la versión de la escala en portugués obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,85 y un promedio del total de 68,1 puntos; hubo relación estadísticamente significativa entre la escala total y las variables: no tener hijos ($p=0,038$), uso del preservativo ($p=0,008$) y uso del condón con compañero fijo ($p=0,036$). Conclusión: la versión brasileña de la Condom Self-Efficacy Scale es un instrumento válido y confiable para verificar la autoeficacia del uso del preservativo entre adolescentes y adultos jóvenes.

Descriptorios: Condones; Estudios de Validación; Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Tradução, adaptação e validação da Condom Self-Efficacy Scale para uso no Brasil", presentada en la Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² MSc.

³ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Cómo citar este artículo

Sousa CSP, Castro RCMB, Pinheiro AKB, Moura ERF, Almeida PC, Aquino PS. Cross-cultural adaptation and validation of the Condom Self-Efficacy Scale: application to Brazilian adolescents and young adults. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2991. [Access]; Available in: URL
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1062.2991>.

Introducción

El preservativo es un método anticoncepcional de barrera, que proporciona doble protección, ya que previene el embarazo y las enfermedades sexualmente transmisibles (ESTs). Para tanto, es necesario el uso consistente, es decir, en todas las relaciones sexuales y de modo correcto.

El uso inconsistente del preservativo entre adolescentes y adultos jóvenes viene siendo discutido en la literatura y puede ser observado en diversos países. En el noroeste de Camarones, por ejemplo, la tasa del uso voluble del preservativo entre 414 entrevistados fue considerada alta, 62%⁽¹⁾. En Brasil, según datos de la Investigación Nacional de Salud del Escolar, uno en cada cuatro adolescentes que iniciaron la vida sexual no hicieron uso del preservativo⁽²⁾.

De esa forma, los datos epidemiológicos señalan la necesidad de contar con estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva, orientadas para adolescentes y adultos jóvenes. Además, percibir esta población como propensa a no utilizar ese método de barrera y conocer los principales factores asociados a esta susceptibilidad, son fundamentales para orientar las acciones desempeñadas por los profesionales de la salud.

La autoeficacia asociada al uso del preservativo es definida como la confianza en la propia capacidad para la práctica del sexo seguro en situaciones difíciles⁽³⁾. Esta característica debe ser identificada para prevenir las principales vulnerabilidades, así como precisa ser estimulada, con el objetivo de mejorar la adhesión de los jóvenes al preservativo, teniendo en vista su influencia en la utilización del método. La autoeficacia influencia el uso del preservativo y puede ser estimulada entre adolescentes y adultos jóvenes para aumentar la adhesión al método⁽⁴⁾.

En 1999, una enfermera norteamericana de la Universidad de Indiana, en los Estados Unidos, desarrolló la *Condom Self-Efficacy Scale* (CSE), con el objetivo de evaluar la percepción de autoeficacia del uso del preservativo entre adolescentes y adultos jóvenes. La CSE es un instrumento multifactorial, compuesto por 14 ítems que miden un conjunto de habilidades cognitivas, motivacionales, además de variables sociales y comportamentales, que revelan la autoeficacia en la utilización del preservativo. Los factores analizados se dividen en los siguientes dominios: 1) habilidades de comunicación relacionadas al uso del preservativo, con cinco ítems, 2) habilidades en el uso consistente del preservativo, con tres ítems, y 3) habilidades del uso correcto del preservativo compuesto por seis ítems. Estos factores son medidos con una escala tipo Likert, que varía de 1 a 5, en la cual 1 representa muy inseguro, 2 inseguro, 3 poco seguro, 4 seguro y 5 muy seguro⁽⁴⁾.

Delante de la ausencia de instrumentos adaptados en Brasil para evaluar el uso del preservativo, se optó por la CSE teniendo en vista, que la autoeficacia es un concepto que

influencia en el uso del método. Además, la CSE abarca a los adolescentes, lo que despertó gran interés, considerando que la investigación en esta población es de suma importancia para auxiliar las intervenciones de enfermería específicas para ese grupo.

En esa coyuntura, el estudio se propuso traducir y adaptar la escala CSE para el idioma portugués en el contexto brasileño. Una escala válida y confiable podrá ser utilizada en la práctica de enfermería, de la misma manera que en otros estudios para evaluar intervenciones que mejoren la autoeficacia de adolescentes y adultos jóvenes para utilización del preservativo.

Metodología

Se trata de estudio metodológico de adaptación transcultural, en el cual fue adoptado el método, que se describe a continuación, para el proceso de traducción y adaptación de instrumentos, delineado en cinco etapas, que son: 1) traducción inicial, 2) síntesis de las traducciones, 3) retrotraducción al idioma original (*back-translation*), 4) revisión por un comité de especialistas y 5) pretest⁽⁵⁾.

Procedimientos para la adaptación transcultural

Como prerrequisito para inicio del proceso de traducción y adaptación transcultural, se estableció contacto con la autora de la escala por medio de correo electrónico, a la que le fueron presentadas las intenciones de la referente investigación. La traducción de la CSE fue realizada por un traductor, profesional de la salud, siendo este informado sobre el objetivo de la traducción (T1); y por un segundo traductor, que no era del área salud y que no fue informado sobre el objetivo del estudio (T2). Las dos versiones provenientes de los traductores (T1 y T2) fueron reunidas y sintetizadas en un único instrumento final (T12), con la intención de facilitar la decisión de la síntesis de los ítems con el riguroso cuidado de mantener el sentido de la escala original.

En la *back-translation* a partir de la versión T12 la escala fue retraducida para el idioma original por dos traductores americanos, de modo independiente, residentes en Brasil y con dominio del idioma portugués y de la cultura brasileña, sin experiencia en el área de la salud, de la misma manera que no informados sobre el objetivo del estudio.

El comité de jueces tuvo el propósito de desarrollar la versión prefinal para el test de campo. Este estuvo compuesto por cinco profesionales: tres enfermeros, un traductor y un lingüista. Las características de los jueces incluyeron: experiencia en el área de salud sexual y reproductiva, metodología de traducción y adaptación transcultural de instrumentos de medidas, dominio en la lengua inglesa e portuguesa. El contacto con los participantes del comité se hizo por medio electrónico. Los criterios evaluados fueron el

análisis de la equivalencia semántica, idiomática, experiencial y conceptual. Los ítems que presentaron problemas de comprensión fueron modificados por palabras que permitían un mejor entendimiento, pero con la preocupación de mantener el sentido de los ítems originales.

El pretest tuvo como objetivo comprobar el instrumento adaptado y analizar la comprensión de la escala por el público objeto del estudio. Este fue aplicado en una población de 40 sujetos, según recomendaciones internacionales. Los participantes de esa etapa fueron adolescentes y adultos jóvenes entre 13 a 26 años, con vida sexual activa y de escolaridad correspondiente a la enseñanza fundamental incompleta, enseñanza media completa y enseñanza superior completa. Los mismos fueron abordados para la aplicación de la escala e instigados sobre el significado de los ítems, así también como para dar contribuciones para perfeccionar y mejorar la comprensión de la escala. Eso garantizaría que la versión adaptada mantendría su equivalencia en una situación de aplicación⁽⁵⁾.

Esa etapa permitió que los participantes contribuyesen de forma significativa en el proceso de validación de la escala, lo que ocurrió durante el mes de septiembre de 2014, en una unidad básica de salud, en una escuela de enseñanza técnica y en una universidad pública.

Verificación de las propiedades psicométricas

Los criterios analizados en esa fase estuvieron relacionados con: pertinencia; comprensión y claridad; asociación del ítem a la temática abordada; dominio al cual el ítem se refería; y, relevancia y grado de relevancia del ítem. Después de la evaluación de la escala por el comité de especialistas, se utilizó el Índice de Validación de Contenido (IVC) que evalúa la concordancia de los especialistas con el contenido que la escala representa; cuando la evaluación es realizada por más de seis jueces el índice debe tener un valor superior a 0,78⁽⁶⁾. Se añade que para el IVC se utilizaron tres ecuaciones matemáticas: a) promedio de los índices de validación de contenido para todos los ítems de una escala, b) proporción de ítems de una escala que obtuvieron puntajes 3 relevante o 4 muy relevante, por todos los jueces y c) validación de contenido de los ítems individuales⁽⁷⁾.

La validación de constructo de la CSE fue realizada después de la aplicación de la escala en los participantes, utilizando el análisis factorial. Se utilizó la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett. Es recomendado como aceptables valores mayores que 0,5, y son considerados buenos valores, aquellos que están arriba o igual a 0,7; los valores entre 0,8 y 0,9 son óptimos y arriba de 0,9 son excelentes⁽⁸⁾.

En el análisis factorial, la relación entre el ítem y el factor es medido a través de las cargas factoriales que

pueden variar de -1,00 a + 1,00. El valor mínimo de la carga factorial debe ser 0,3, positivo o negativo, para que exista relación entre el ítem y el factor determinado. En este estudio, cuando la carga factorial fue igual o superior a 0,3 el ítem fue clasificado en el dominio en cuestión⁽⁹⁾.

El test escogido para analizar la homogeneidad de la CSE fue la precisión de consistencia interna, alfa de Cronbach, que es la medida más común cuando se trata de confiabilidad. Este test mide la unidimensionalidad de un instrumento, los valores aceptables pueden variar de 0,7 a 0,8. Así, delante de un instrumento con varios subcomponentes (dominios), el alfa debe ser calculado individualmente para cada dominio, una vez que existen teóricamente varios constructos en cuestión⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Aplicación de la recolección de las informaciones

La validación del constructo fue realizada en una escuela estatal de enseñanza. La CSE en la versión brasileña fue aplicada en 209 adolescentes y adultos jóvenes, con edad entre 13 y 26 años, con vida sexual activa, regularmente matriculados en la escuela perteneciente a la red estatal de enseñanza de Ceará y localizada en la ciudad de Fortaleza, estado de CE. También fue aplicado un cuestionario para análisis de las variables sociodemográficas y sexuales.

Para la asociación fueron utilizadas las pruebas estadísticas Chi-cuadrado y el test de Friedman para la comparación de los promedios entre los dominios. En todas las pruebas empleadas, se definió un nivel de significación menor que 0,05.

El estudio obtuvo parecer favorable del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Ceará, conforme protocolo nº 702.946/2014. Todos los sujetos firmaron el término de consentimiento libre e informado.

Resultados

La Figura 1 presenta la versión original y la versión final de la escala después el proceso de traducción y adaptación transcultural.

Los responsables por la validación de contenido de la escala fueron 22 enfermeros. De ese total, 86,3% eran del sexo femenino. En relación al área de actuación, 72,7% ejercían la investigación y la docencia y 31,8% actuaban tanto en la docencia como en el área asistencial. El tiempo de experiencia profesional varió de 5 a 29 años.

Después de la evaluación de los ítems por el comité de especialistas hubo una reorganización de los ítems 7 y 8. Todos los especialistas afirmaron una secuencia más aceptable en lo que se refiere a la utilización del preservativo. Se obtuvo un IVC de 0,90 para la escala total y los valores individuales de los ítems variaron de 0,81 a 1; así se consideró el contenido de la escala válido.

	Versão original CSE	Versão final
Título	Condom Self-Efficacy Scale	Escala de Autoeficácia do preservativo.
CSE-1	I could carry a condom with me in case I needed one	Eu posso ter preservativo comigo caso eu necessitasse usar.
CSE-2	I could use a condom each time I and my partner had sex.	Eu posso usar preservativo toda vez que eu e meu (minha) parceiro (a) tivermos relação sexual.
CSE-3	I could use a new condom each time I and my partner had sex.	Eu posso usar um novo preservativo toda vez que eu e meu (minha) parceiro (a) tivermos relação sexual.
CSE-4	I could stop to put a condom on myself or my partner.	Eu posso parar o envolvimento sexual antes de qualquer penetração para colocar o preservativo em mim ou em meu (minha) parceiro (a).
CSE-5	I or my partner could unroll a condom all the way to the base of the penis.	Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo desenrolando-o até a base do pênis.
CSE-6	I could use a condom without it slipping.	Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo no pênis depois de ereto para assim não escorregar.
CSE-7	I or my partner could get rid of a condom in the garbage after sex.	Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos segurar o preservativo contra a base do pênis durante a sua retirada após a relação sexual.
CSE-8	I or my partner could hold the condom at the base of the penis while withdrawing after sex.	Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo no lixo, após a relação sexual.
CSE-9	I could use a condom if drinking beer, wine or other liquor.	Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos usar o preservativo após ingerir bebida alcoólica.
CSE-10	I could talk about using condoms with any sexual partner.	Eu posso conversar sobre o uso do preservativo com qualquer parceiro (a) sexual.
CSE-11	I could talk about using a condom if I were unsure of my partner's feelings about condoms.	Eu posso conversar sobre o uso do preservativo, mesmo se eu estiver inseguro (a) da opinião do meu (minha) parceiro (a) sobre preservativos.
CSE-12	I could talk about using condoms with a potential sexual partner before we started to hug and kiss.	Eu posso conversar sobre o uso do preservativo com um possível parceiro (a) sexual antes de começarmos a nos abraçar e beijar.
CSE-13	I could talk a partner into using a condom when we have sexual intercourse.	Eu posso convencer um (a) parceiro (a) a usar um preservativo no momento da relação sexual.
CSE-14	I could say no to sex if my partner refused to use a condom.	Eu posso recusar o sexo se meu (minha) parceiro (a) se recusar a usar preservativo.

Figura 1 – Etapa de tradução y adaptación de la *Condom Self-Efficacy Scale*, 2014

Validación de Constructo

En la caracterización de la muestra se observó una discreta mayoría del sexo masculino entre los participantes, que representaron 50,7% de los adolescentes y adultos jóvenes. La opción sexual predominante fue heterosexual, referida por 89% de los participantes. La edad varió de 13 a 26 años, el mismo intervalo etario que fue adoptado por la autora de la escala original. En cuanto a la condición de unión, 66% tenían compañero y 9,1% tenían hijos.

En lo que se refiere al uso del preservativo con el compañero fijo, 58,5% presentaron uso inconsistente del método.

Aplicación de la *Condom Self-Efficacy Scale* - versión brasileña (CSE-VB)

Las respuestas de la CSE-VB fueron analizadas por medio de puntajes de la escala total y separadamente por los dominios: comunicación, uso consistente y uso correcto, conforme se observa en la Tabla 1.

El test de Friedman fue significativo ($p=0,0321$), mostrando que hubo diferencias significativas entre las promedios de los dominios. Analizando el promedio de la escala total, se obtuvo un resultado de 68,1 puntos, mostrando que los estudiantes presentaron seguridad para uso del preservativo, o sea, los mismos presentaron autoeficacia delante de las situaciones abordadas en cada ítem de la escala.

Referente a la asociación de las variables sociodemográficas y sexuales con los dominios de la escala, se percibió en el dominio comunicación que el

hecho de tener hijos influencia en la negociación del uso del preservativo ($p= 0,040$).

El dominio uso consistente del preservativo levantaba cuestiones relacionadas al uso del preservativo en todas las relaciones sexuales y la facilidad de portar el método. Se observó la existencia de relación estadísticamente significativa entre el promedio de la CSE en el dominio del uso consistente del preservativo y las variables sexo ($p=0,028$), uso del preservativo ($p=0,002$) y uso consistente del preservativo con el compañero fijo ($p=0,003$). El sexo masculino presentó mayor autoeficacia en relación al uso del preservativo.

Tener compañero fijo presentó asociación tanto con los promedios del dominio del uso consistente, como del uso correcto ($p=0,020$). Otra variable que tuvo asociación con el promedio del dominio uso correcto fue no tener compañero ($p=0,042$). Este dominio contenía cuestiones relacionadas a los pasos preconizados en la literatura sobre el uso del preservativo y el grado de seguridad para efectuar cada paso.

El valor encontrado para el KMO en el presente estudio fue de 0,862 y el test de esfericidad demostró significación estadística ($p = 0,001$). Por tanto, estos resultados revelaron que el análisis factorial es apropiado para el análisis de la CSE⁽⁶⁾.

Los valores del alfa de Cronbach para cada dominio de la escala fueron calculados individualmente, los cuales variaron de 0,632 a 0,788.

La Figura 2 muestra una comparación de la escala original traducida con la versión de la escala después del análisis factorial con la reubicación de algunos ítems.

Tabla 1 – Asociación de los promedios de la escala total y de los dominios: comunicación, uso consistente y uso correcto del preservativo, con las características sociodemográficas y sexuales de los estudiantes. Fortaleza, CE, Brasil, 2014

Características sociodemográficas y sexuales	N	Promedio	DE*	p†
Escala total				
Sexo				0,350
Masculino	106	69,4	23,9	
Femenino	103	66,7	22,7	
Condición de unión				0,341
Con compañero	138	67,1	21,4	
Sin compañero	71	70	18,4	
Tiene hijos				0,038
Si	19	58,8	20,2	
No	190	69,0	21,1	
Uso del preservativo con compañero fijo (n=123)				0,036
Nunca	22	57,1	25,2	
Difícilmente	19	67,5	21,3	
A veces	31	64,1	22,1	
En la mayoría de las relaciones	21	72,2	19,5	
En todas las relaciones	30	75,2	17,3	
Dominio 1: Comunicación				
Sexo				0,277
Masculino	106	69,1	22,7	
Femenino	103	72,7	25,2	
Condición de unión				0,718
Con compañero	138	71,3	24,5	
Sin compañero	71	70,0	23,1	
Tiene hijos				0,040
Si	19	60	23,4	
No	90	71,9	23,9	
Uso del preservativo con compañero fijo (n=123)				0,077
Nunca	22	66,6	28,3	
Difícilmente	19	66,2	23,9	
A veces	31	69,8	20,6	
En la mayoría de las relaciones	21	74,2	27,1	
En todas las relaciones	30	82,6	19,8	
Dominio 2: Uso consistente				
Sexo				0,028
Masculino	106	70,5	22,4	
Femenino	103	62,8	27,7	
Condición de unión				0,201
Con compañero	138	65,1	26,7	
Sin compañero	71	69,8	22,5	
Tiene hijos				
Si				
No				
Uso del preservativo con compañero fijo (n=123)				0,003
Nunca	22	48,6	32,4	
Difícilmente	19	70,0	21,6	
A veces	31	59,3	27,7	
En la mayoría de las relaciones	21	73,5	19,3	
En todas las relaciones	30	73,8	25,2	
Dominio 3: Uso correcto				0,066
Sexo				
Masculino	106	68,3	23,9	
Femenino	103	61,5	29,3	
Condición de unión				0,042
Con compañero	138	62,3	28,0	
Sin compañero	71	70,3	23,6	
Tiene hijos				0,490
Si	19	60,9	27,7	
No	190	65,4	26,8	
Uso del preservativo con compañero fijo (n=123)				0,687
Nunca	22	54,9	27,6	
Difícilmente	19	66,2	30,6	
A veces	31	60,4	33,4	
En la mayoría de las relaciones	21	66,2	27,1	
En todas las relaciones	30	63,0	35,6	

*DE: Desviación Estándar; †Test Chi-Cuadrado

Dominios	Versión original traducida	Versión después del análisis factorial
Uso consistente II	1. Eu posso ter preservativo comigo caso eu necessitasse usar.	1. Eu posso ter preservativo comigo caso eu necessitasse usar.
	2. Eu posso usar preservativo toda vez que eu e meu (minha) parceiro (a) tivermos relação sexual.	2. Eu posso usar preservativo toda vez que eu e meu (minha) parceiro (a) tivermos relação sexual.
	3. Eu posso usar um novo preservativo toda vez que eu e meu (minha) parceiro (a) tivermos relação sexual.	3. Eu posso usar um novo preservativo toda vez que eu e meu (minha) parceiro (a) tivermos relação sexual.
		4. Eu posso parar o envolvimento sexual antes de qualquer penetração para colocar o preservativo em mim ou em meu (minha) parceiro (a).
		5. Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo desenrolando-o até a base do pênis.
		9. Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos usar o preservativo após ingerir bebida alcoólica.
Uso correcto III	4. Eu posso parar o envolvimento sexual antes de qualquer penetração para colocar o preservativo em mim ou em meu (minha) parceiro (a).	ÍTEM REUBICADO PARA EL DOMINIO I
	5. Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo desenrolando-o até a base do pênis.	ÍTEM REUBICADO PARA EL DOMINIO I
	6. Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo no pênis depois de ereto para assim não escorregar.	6. Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo no pênis depois de ereto para assim não escorregar.
	7. Eu o meu (minha) parceiro (a) podemos segurar o preservativo contra a base do pênis durante a sua retirada após a relação sexual.	7. Eu o meu (minha) parceiro (a) podemos segurar o preservativo contra a base do pênis durante a sua retirada após a relação sexual.
	8. Eu o meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo no lixo, após a relação sexual.	8. Eu o meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo no lixo, após a relação sexual.
	9. Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos usar o preservativo após ingerir bebida alcoólica.	ÍTEM REUBICADO PARA EL DOMINIO I
	10. Eu posso conversar sobre o uso do preservativo com qualquer parceiro (a) sexual.	10. Eu posso conversar sobre o uso do preservativo com qualquer parceiro (a) sexual.
Comunicación I	11. Eu posso conversar sobre o uso do preservativo, mesmo se eu estiver inseguro (a) da opinião do meu (minha) parceiro (a) sobre preservativos.	11. Eu posso conversar sobre o uso do preservativo, mesmo se eu estiver inseguro (a) da opinião do meu (minha) parceiro (a) sobre preservativos.
	12. Eu posso conversar sobre o uso do preservativo com um possível parceiro (a) sexual antes de começarmos a nos abraçar e beijar.	12. Eu posso conversar sobre o uso do preservativo com um possível parceiro (a) sexual antes de começarmos a nos abraçar e beijar.
	13. Eu posso convencer um (a) parceiro (a) a usar um preservativo no momento da relação sexual.	13. Eu posso convencer um (a) parceiro (a) a usar um preservativo no momento da relação sexual.
	14. Eu posso recusar o sexo se meu (minha) parceiro (a) se recusar a usar preservativo.	14. Eu posso recusar o sexo se meu (minha) parceiro (a) se recusar a usar preservativo.

Figura 2 - Cuadro comparativo entre las escalas en la versión original y después del análisis factorial.

Se observa que los ítems 4, 5 y 9 fueron reubicados en relación a sus dominios después el análisis factorial. Se considera que el resultado no minimiza el valor de la medición de la escala, ya que ninguno necesitó ser retirado, pero apenas reubicado.

Discusión

En el proceso de adaptación ocurrieron pequeñas alteraciones, como la adición del sexo femenino en las posibilidades de investigación, con la finalidad de incluir la participación de ese sexo en el uso del preservativo. En el ítem 4 fue sugerida la inclusión del término "relación sexual", lo que contribuyó para dejar el ítem más claro y comprensible. También, se sugirió la sustitución de la palabra "potencial" por "posible" en el ítem 12; esta fue una alteración pertinente, ya que el término "potencial" puede referirse a una característica del compañero, el vocablo "posible" indica la posibilidad de surgir un compañero sexual.

En el ítem 11 fue sugerido, por el lingüista, la sustitución de la palabra "sentimientos" por "opinión". Se destaca que la presencia del lingüista fue fundamental para la corrección de los tiempos verbales, enriqueciendo el contexto gramatical. En la validación de contenido la versión final fue aprobada por los 22 especialistas del comité, apuntando la relevancia de la escala en el contexto de la enfermería.

La aplicación de la CSE en la versión brasileña, identificó que el hecho de no tener hijos está asociado con la autoeficacia de los adolescentes y de adultos jóvenes para el dominio comunicación, que está vinculado con la autoeficacia para la voluntad de utilizar el preservativo con el compañero. De esa forma el empoderamiento para el uso del método es esencial para la argumentación con el compañero⁽¹²⁻¹³⁾.

El sexo masculino presentó mayor autoeficacia en relación al uso consistente del preservativo. Este hallazgo corrobora las evidencias apuntadas en un estudio que

contó con 508 participantes de los dos sexos, en Uganda. Al comparar el uso consistente del preservativo entre hombres y mujeres, se obtuvo 48,1% entre hombres y 31,8% entre mujeres⁽¹⁴⁾. Esa diferencia por sexo está relacionada con aspectos culturales, ya que el hombre es precozmente estimulado a tener relaciones sexuales, en cuanto que la mujer es desenincentivada⁽¹⁵⁾. Con eso, los hombres dominan la utilización del método, lo que contribuye para el mayor porcentaje presentado, en cuanto las mujeres enfrentan juzgamientos de las personas acerca de la capacidad para ejecutar ciertas actividades y alcanzar ciertos tipos de desempeño, o sea, la práctica del uso del preservativo predispone su autoeficacia⁽¹⁶⁾.

También se observó asociación de la autoeficacia con el dominio del uso consistente del preservativo en la utilización de ese dispositivo con compañero fijo en todas las veces o en la mayoría de las relaciones. Durante un estudio de campo realizado con 8.471 adolescentes del estado de Paraíba, fue posible identificar en 31% de los relatos una gran dificultad femenina en la negociación del preservativo⁽¹⁷⁾. Esa realidad también fue encontrada en un estudio transversal nacional realizado con 17.371 alumnos de la enseñanza media, en el cual la práctica del sexo inseguro ocurrió entre las adolescente con más edad y con bajas condiciones socioeconómicas⁽¹⁸⁾.

Se infiere que los adolescentes y adultos jóvenes que utilizan el preservativo con el compañero fijo presentan autoeficacia elevada. Ese hallazgo diverge con otra investigación, en la cual fue observada, en los jóvenes con compañeros fijos, la inconsistencia del uso del preservativo, ya que muchos tendían a abandonar el método a medida que el relacionamiento se torna estable⁽¹⁹⁾.

Tener compañero fijo influyen en el uso correcto del preservativo ($p=0,020$). Así, la autoeficacia debe ser estimulada en esa población, ya que las dificultades del uso correcto del preservativo implican en el abandono del mismo. Un estudio realizado con 166 adolescentes, mostró que esa población tenía dificultades en el uso correcto del preservativo. Entre los adolescentes entrevistados, 16,9% refirieron dificultad para usar el método en la primera relación sexual⁽²⁰⁾. Esas dificultades encontradas en la fase del descubrimiento de la sexualidad inducen a no utilizar el método y a adoptar comportamientos sexuales de riesgo.

En lo que se refiere a la validación de constructo por medio del análisis factorial se obtuvo la extracción de tres dominios, la misma cantidad del instrumento original. Se destaca que la reubicación del ítem 9 para el dominio comunicación, también fue evidenciada durante el proceso de adaptación de la CSE en Tailandia, el ítem referido presentó un valor superior a 0,3 tanto en el dominio de comunicación, como en el dominio

uso correcto. Así se infiere que el ítem citado puede influenciar tanto la capacidad de comunicación sobre el uso del preservativo, de la misma manera que influye en el uso correcto del método⁽²¹⁾.

La escala presentó una buena consistencia interna, presentando un valor del alfa de Cronbach igual a 0,85, semejante a la escala original y de la versión adaptada del mismo instrumento en Tailandia. En la versión de la escala adaptada en Corea se obtuvo un valor de alfa de Cronbach mayor (0,91)^(4,21-22). Esos datos muestran una buena confiabilidad de la escala en diferentes contextos.

Se percibe que la autoeficacia para el uso del preservativo puede ser estimulada entre los estudiantes por medio de intervenciones educativas; además el uso de instrumentos válidos y confiables auxiliará en la identificación precoz de vulnerabilidades individuales.

Conclusión

El presente estudio permitió, por medio del recurso metodológico adoptado, realizar un riguroso proceso de adaptación transcultural de la CSE. La versión de la escala, después de la evaluación del primer comité de jueces y de realización del pretest, fue considerada comprensible para el público al cual se destina.

Con eso se puede concluir que la CSE-VB es un instrumento válido y confiable para medir la autoeficacia del el uso del preservativo entre adolescentes y adultos jóvenes. La CSE en la versión brasileña podrá ser utilizada en la práctica de enfermería para evaluar intervenciones que mejoren la autoeficacia para utilización del preservativo.

Se destaca que inclusive después de un proceso riguroso de adaptación y validación es necesario - para poder utilizar este instrumento en otras regiones de Brasil - realizar un nuevo proceso de validación semántica que considere las variaciones lingüísticas específicas de cada región.

Referencias

1. Morris L, Kouya F, Kwalar R, Pilapil M, Saito K, Palmer N, et al. Factors associated with inconsisted condom use in adolescents with negative or unknown HIV status in Northwest Cameroon. *Psychol Soci Medical Aspectos of AIDS/HIV*. [Internet] 2014 [Acesso 5 jun 2015];26(11):1440-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10063250>. doi: 10.1016/S0882-5963(99)80061-X
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretorias de Pesquisa Coordenação de População e

- Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.
3. Bandura A. Self-Efficacy. Encyclopedia of human behavior. New York: Academic Press; 1994.
 4. Hanna KM. An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *J Pediatric Nurs*. [Internet]. 1999 [Acesso 5 jun 2015];14(1):59-66. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10063250>. doi: 10.1016/S0882-5963(99)80061-X
 5. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Califórnia: Institute for Work & Health; 2007.
 6. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Focus on research methods is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. [Internet] 2007 [Acesso 30 mar 2016];30:459-67. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>. doi: 10.1002/nur.20199
 7. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validação de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet] 2011 [Acesso 30 mar 2016];16(7):3061-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006. doi: 10.1590/S1413-81232011000800006
 8. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. [Internet] 1974 [Acesso 5 jun 2015];39(1):31-6. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02291575>. doi: 10.1007/BF02291575
 9. Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2009 [Acesso 5 jun 2015];43(Esp):992-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-342009000500002.
 10. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure the tests. *Psychometrika*. [Internet] 1951 [Acesso 5 jun 2016];16(3):297-34. Disponível em: http://kttm.hoasen.edu.vn/sites/default/files/2011/12/22/cronbach_1951_coefficient_alpha.pdf
 11. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS*. 3rd ed. Londres: Sage; 2009.
 12. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2012 [Acesso 5 jun 2015];46(3):711-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000300025. doi: 10.1590/S0080-62342012000300025
 13. Gubert AG, Vieira NFC, Pinheiro NCP, Oriá MOB, Almeida PC, Araújo TS. Translation and validation of the Parent-adolescent Communication Scale: technology for DST/HIV prevention. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2013 julho-ago [Acesso 5 jun 2015];21(4):851-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/0104-1169-rlae-21-04-0851.pdf>. doi: 10.1590/S0104-11692013000400004
 14. Walusaga HA, Kyohangirwe R, Wagner GJ. Gender differences in determinants of condom use among HIV clients in Uganda. *AIDS Patients Care STDS*. [Internet] 2012 [Acesso 5 jun 2015];26(11):694-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23066699>. doi: 10.1089/apc.2012.0208
 15. Tavares CM, Schor N, Júnior-França I, Diniz SG. Fatores associados à iniciação sexual e uso de preservativo entre os adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde, África Ocidental. *Cad Saúde Pública*. [Internet] 2009 [Acesso 5 jun 2015];25(9):1969-80. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900011. doi: 10.1590/S0102-311X2009000900011
 16. Bandura A. A evolução da teoria social cognitiva. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 17. Ribeiro KCS, Silva J, Saldanha AA. Querer é poder? A ausência do uso do preservativo nos relatos de mulheres jovens. *J Bras Doenças Sex Transm*. [Internet] 2011 [Acesso 5 jun 2015];23(2):84-9. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista23-2-2011/7-Querer%20e%20Poder.pdf>.
 18. Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martin SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected. *Rev Sex Clin*. [Internet] 2013 [Acesso 5 jun 2015];68(4):489-94. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634973/>. doi: 10.6061/clinics/2013(04)09
 19. Pereira BS, Costa COM, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet] 2014 [Acesso 5 jun 2015];19(3):747-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300747&script=sci_arttext. doi: 10.1590/1413-81232014193.16042013
 20. Jardim DP, Santos EF. Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual. *Adolesc Saúde*. [Internet] 2012 [Acesso 5 jun 2015];9(2):37-

44. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=314.
21. Thato S, Hanna KM, Rodcumdee B. Translation and validation of the condom self-efficacy scale with thai adolescents and Young adults. Journal of nursing sholarship. [Internet] 2005 [Acesso 5 junho 2015];37(1):36-40. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15813585>.
22. Cha SE, Kim KH, Buke LE. Psycometric validation of a condom self-eficay scale in Korean. Nurse Res. [Internet] 2008 [Acesso 5 jun 2015];57(4):245-51. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18641493>. doi: 10.1097/01.NNR.0000313492.02530.d2.

Recibido: 22.06.2015

Aceptado: 12.07.2016

Correspondencia:
Carla Suellen Pires de Sousa
Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem
Rua Alexandre Baraúna, 1115
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: carla_suellenps@hotmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

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