










Traducción al español, retraducción y validación de contenido de la escala Quality of Life in Alzheimer's Disease en pacientes con demencia Alzheimer

Aldo Vera-Calzaretta^a , Gonzalo Klaassen^{b, c, *} , Juan Pablo Betancur Medel^{b, c, d} , Loreto Contreras^{c, e} , Enrique Werlinger^{c, f} , Alexis González-Burboa^{c, g, h} , Omar Salazar^{c, i} , Mario Fuentealba^{b, c, d} , Sergio Juica^{b, c, d} 

^a Departamento de Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Atacama, Copiapó, Chile

^b Departamento de Especialidades Médicas, Sección Neurología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

^c Unidad Cognitiva, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

^d Servicio de Neurología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

^e Hospital San José de Coronel, Chile

^f Servicio de Neurología, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

^g Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

^h Programa de Salud y Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

ⁱ Facultad de Humanidades y Arte, Departamento de Español, Universidad de Concepción, Chile

* Autor de
correspondencia
dr.gklaassen@gmail.com

Citación

Vera-Calzaretta A, Klaassen G, Betancur Medel JP, Contreras L, Werlinger E, González-Burboa A, et al. Traducción al español, retraducción y validación de contenido de la escala *Quality of Life in Alzheimer's Disease* en pacientes con demencia Alzheimer. *Medwave* 2023;23(06):e2681

DOI

10.5867/medwave.2023.06.2681

Fecha de envío

Dec 1, 2022

Fecha de aceptación

Jun 27, 2023

Fecha de publicación

Jul 25, 2023

Palabras clave

Alzheimer's Disease, Quality of Life, Validity, Questionnaire

Correspondencia a

Avda. Chacabuco esq. Janequeo s/n 4º piso, Concepción, Chile

Resumen

Introducción

Se estima que para el año 2050 los mayores de 60 años corresponderán al 22% de la población mundial y con ello aumente la incidencia y prevalencia de enfermedad de Alzheimer. Uno de los pilares del tratamiento de esta condición es mejorar la calidad de vida, en este sentido surgen herramientas como la *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale* que permite medir calidad de vida en pacientes y sus cuidadores.

Objetivo

Realizar la traducción al español chileno y validación de contenido de la *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale* en pacientes con demencia por Alzheimer del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Chile.

Métodos

Se llevó a cabo la traducción, retraducción y validez de contenido por juicio experto, utilizando el análisis Lawshe, pre-test y validación semántica usando la estrategia de *respondent debriefing*.

Resultados

Las versiones traducidas y retraducidas fueron comparadas entre ellas y con la versión original. Lawshe indica que una razón de validez de contenido de 0,49 es adecuado para considerar aceptable el ítem cuando en el proceso de validación de contenido han participado 15 expertos como en este estudio. El análisis arrojó una razón de validez de contenido mayor a 0,49 en 11 de los 13 ítems de la escala. De estos, ocho obtuvieron un valor superior a 0,8 y tres entre 0,49 y 0,79. En la validación semántica mediante la estrategia de *respondent debriefing* se aplicó la escala a cinco personas con enfermedad de Alzheimer y a sus respectivos cuidadores. Con los datos obtenidos, se generaron modificaciones en aquellos ítems que obtuvieron una razón de validez de contenido menor a 0,49.

Conclusión

La versión obtenida en español de la *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale* resulta ser válida desde el punto de vista de su contenido y equivalente a su versión original.

IDEAS CLAVES

- ◆ Actualmente, en Chile no existen cuestionarios validados para la medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- ◆ Aquí se presenta el proceso de traducción al español y validación de contenido en Chile de la escala *Quality of Life in Alzheimer's Disease*.
- ◆ Este estudio pone a disposición el instrumento traducido para profesionales o investigadores, lo que abre oportunidades para mejorar la calidad de vida en estos pacientes.
- ◆ Dentro de las limitaciones encontramos las propias de este tipo de diseño, al adaptar este instrumento hecho originalmente para un contexto distinto al nuestro.
- ◆ La versión obtenida en español de la escala *Quality of Life in Alzheimer's Disease* resulta ser válida desde el punto de vista de su contenido.

INTRODUCCIÓN

Es de conocimiento público el hecho de que nuestra población está envejeciendo. Así lo ha comunicado la Organización de Naciones Unidas, entidad que estima que para el año 2050 los mayores de 60 años corresponderán al 22% de la población mundial. En relación a ello, el aumento de la expectativa de vida es el principal factor de riesgo para ciertos tipos de patologías, como las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, el cáncer, la diabetes y las enfermedades neurodegenerativas [1].

Dentro de las enfermedades neurodegenerativas, una de las más prevalentes es la demencia, que se caracteriza por ser un síndrome clínico donde hay compromiso progresivo de las habilidades cognitivas y funcionales [2]. La mayor causa de demencia en la actualidad es la enfermedad de Alzheimer, la cual se considera como progresiva e incurable. En consecuencia, esta patología afecta de forma significativa, tanto al paciente como a su familia. Actualmente el tratamiento principal de esta radica en el control de síntomas, en el intento de lograr una mejor funcionalidad diaria, lo cual se ha medido en los últimos estudios a través de la calidad de vida. Sin embargo, la instalación de este concepto no ocurrió hasta finales del siglo pasado, momento en que comenzaron a realizarse estudios sobre ella [3]. Hoy, y debido al aumento de la esperanza de vida, la calidad de vida no necesariamente se ha ido mejorando, lo cual está dentro de las preocupaciones de los sistemas de salud. De este modo, la calidad de vida se ha vuelto uno de los puntos importantes a ser considerado a la hora de evaluar el desempeño de los mismos.

Dada la variedad de definiciones relacionadas con calidad de vida en salud, se utilizó en este trabajo la definición propuesta

por Rebecca Logsdon [4], basada en los planteamientos de Lawton [5,6]. Esta hace referencia a la valoración subjetiva que realiza un individuo respecto de:

- a) Sus habilidades o competencias para desenvolverse en lo cotidiano.
- b) Su medio ambiente.
- c) Su bienestar psicológico.
- d) Su calidad de vida percibida.

Cada uno de estos dominios son relevantes para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos de edad avanzada con compromiso cognitivo. Contar con cuestionarios que permitan dar cuenta de estos posibilitará apreciar la funcionalidad de estas personas y sus respuestas a distintos tipos de intervenciones.

Desde el punto de vista psicométrico, la escala *Quality of Life in Alzheimer's Disease* (QoL-AD) es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional resultando ser un instrumento válido y confiable. En su estudio, Rebecca Longsdon encontró que la QoL-AD tuvo una buena consistencia interna, con correlaciones entre los ítems y la puntuación total. Para los pacientes estas variaron entre 0,40 y 0,67; y para los cuidadores entre 0,34 y 0,63. En ambos casos, el α de Cronbach fue de 0,88 y 0,87, respectivamente [7]. Por otra parte, las puntuaciones del test correlacionaron significativamente con el minimal ($r = 0,24$) para pacientes; actividades de la vida diaria ($r = -0,33$ y $r = -0,3$, respectivamente); escala de depresión de Hamilton ($r = -0,43$ y $r = -0,25$); escala de depresión geriátrica ($r = -0,56$ y $r = -0,14$); y escala de eventos placenteros ($r = 0,30$ y $r = 0,41$) [7].

Cabe señalar que resultados similares se encontraron en el año 2002 en 177 pacientes, donde el α de Cronbach obtenido fue de

0,83 a 0,90. Se correlacionó de la forma esperada con actividades de la vida diaria ($r = -0,31$ y $r = -0,37$), depresión ($r = -0,22$ y $r = -0,23$), funcionamiento físico ($r = 0,22$ y $r = 0,43$), carga objetiva ($r = -0,21$ y $r = -0,52$), carga subjetiva ($r = -0,19$ y $r = -0,53$), y depresión del cuidador ($r = -0,48$), entre otras [4]. A su vez, esta escala ha sido adaptada y validada en diversos países, siendo estas las versiones disponibles en los distintos idiomas, encontrándose valores similares a los reportados en el estudio original. Actualmente existen versiones disponibles para Estados Unidos, Alemania, Francia, España, Italia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suiza, Turquía, Egipto, China, Corea, Japón y Tailandia. A nivel regional, su validación se realizó en Brasil y México [8–27].

En Chile, actualmente no existen cuestionarios validados para la medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Este tipo de mediciones contribuye a complementar los procesos de atención en salud. En el caso particular de esta patología, Chile ha incorporado la enfermedad de Alzheimer dentro de las nuevas garantías de salud en el Plan Nacional de Demencia, estimando cubrir un total de 20 000 o más pacientes con enfermedad de Alzheimer u otras demencias [28]. Por lo tanto, adquiere especial relevancia abordar la medición de calidad de vida en estos pacientes como un complemento en su manejo y seguimiento.

Para proporcionar una herramienta que permita evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Alzheimer, el objetivo de este estudio fue validar desde el punto de vista de su contenido el cuestionario QoL-AD desarrollado por Logsdon. Cabe destacar que esta es la primera etapa de un proyecto mayor que tiene como finalidad la adaptación y validación psicométrica de esta escala en población chilena.

MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El diseño de este estudio correspondió a validez de contenido de la escala.

PROCESO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO

Para la validación del contenido el proceso se estructuró en las etapas de:

- Traducción-retraducción.
- Validez de contenido por juicio experto, utilizando el análisis Lawshe [29].
- Pre-test y validación semántica usando la estrategia de *respondent debriefing* [30] (Figura 1).

TRADUCCIÓN-RETRADUCCIÓN

Para la traducción y retraducción del cuestionario se contó con la colaboración de cuatro traductoras certificadas y dos lingüistas de la Universidad de Concepción. El fin de este proceso fue traducir al español de Chile el test en sus dos formas, una para

Figura 1. Etapas de la traducción y análisis de validez de contenido de la escala QoL-AD.



QoL-AD: *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale*.

Fuente: preparado por los autores.

el paciente y otra para el cuidador; como también el manual de instrucciones para su aplicación. La traducción fue realizada de modo independiente por dos profesionales bilingües expertos en los idiomas español e inglés. Uno de ellos estuvo familiarizado con el instrumento (en qué consiste y sus objetivos), el otro no. Posteriormente, ambas traducciones se enviaron de forma aleatoria a otras dos traductoras quienes re tradujeron el cuestionario al idioma inglés. Del mismo modo se contó con la revisión de dos expertos en lingüística, cuyo fin fue que la

primera traducción del test resultara equivalente desde el punto de vista cultural.

VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO EXPERTO: ANÁLISIS LAWSHE

En esta fase se llevó a cabo una validación del contenido de los ítems como indicadores del constructo de calidad de vida que representa la escala QoL-AD.

Para esto, se utilizó un método de consenso a través del juicio de expertos. La validez de contenido se refiere a la adecuación con la que una medida evalúa el dominio de interés [31]. Uno de los problemas de la conceptualización de la validez como correlación es el hecho de que hay que encontrar una medida del criterio adecuada. Esto significa que se necesitan datos del criterio que hayan sido obtenidos de una manera fiable y válida. En estos cuestionarios la puntuación obtenida es un indicador de lo que el test pretende evaluar, y no un predictor de criterios distintos del test. Desde esta perspectiva, la validez hace referencia a que los ítems que componen el cuestionario sean representativos de aquello que se pretende evaluar. A este concepto se le denomina validez de contenido. El uso de expertos para valorar tanto la relevancia como la representatividad de los ítems, tiene como finalidad evitar que el cuestionario tenga contenidos sesgados. Como se puede comprobar, un test está sesgado si no cubre adecuadamente el dominio que pretende medir o si incluye cuestiones no necesarias para valorar correctamente el dominio [31]. Como jueces participaron 15 profesionales con experiencia en el área de demencia: un médico de familia, un psiquiatra, dos médicos generales participantes del programa de demencia en centros de atención primaria, dos fonaudiólogos y nueve neurólogos de adultos. Cada uno de ellos fue contactado por el investigador principal mediante correo electrónico donde se les envió las instrucciones para el desempeño de su rol, solicitando resguardar objetividad en la evaluación de las pruebas y confidencialidad en el manejo de la información. A cada uno de estos, se les entregó un formulario como pauta de especificación. En esta debían evaluar, por una parte, la apariencia general del cuestionario y sus instrucciones. Por otra, debían manifestar si estaban de acuerdo o en desacuerdo con el contenido y forma de los ítems. También se les solicitó que emitieran una opinión respecto de su gramática, sintaxis, redacción y sus formatos de respuestas.

Una vez obtenidos los formularios de los 15 jueces, las respuestas fueron ingresadas a una planilla excel, asignándose el valor de 1 cuando había acuerdo en que el ítem era representativo de lo que se pretendía medir y 0 cuando el ítem se consideró como no adecuado para medir la dimensión de la cual era indicador. Por cada ítem se podría obtener una puntuación que variaba entre 0 y 15 puntos.

Para el análisis de la validez de contenido, se utilizó la propuesta de Lawshe (1975) [29], en la cual se expresa que esta está determinada por el grado de solapamiento que se produce entre los contenidos del test y los contenidos de la característica que se

pretende medir expresada mediante su fórmula de la razón de validez de contenido (RVC):

Donde: n_e = número de jueces que consideran el ítem válido; N = número total de jueces.

Lawshe sugiere que una razón de validez de contenido igual a 0,49 es adecuada para considerar óptimo el ítem, cuando en el proceso de validación de contenido han participado 15 expertos, como es el caso de este estudio. Todos aquellos ítems que obtengan un valor inferior a 0,49 deberán ser analizados y mejorados según la sugerencia de los jueces.

PRE-TEST Y VALIDACIÓN SEMÁNTICA (RESPONDENT DEBRIEFING)

Una vez obtenida la versión de la escala a partir del análisis de los jueces, fue sometida a proceso de validación semántica utilizando el método de *respondent debriefing*. Para este efecto, se llevó a cabo un pre-test en un grupo de 10 personas, 5 de ellos con enfermedad de Alzheimer y a sus respectivos cuidadores. A cada uno de estos, se les pidió que respondieran el test y luego se les hizo una entrevista semiestructurada para obtener sus impresiones y opiniones respecto de él, donde se les preguntó si entendieron la pregunta en su conjunto, si entendieron todas las palabras mencionadas en la pregunta y qué modificaciones le harían a la interrogante. Para resguardar que las personas seleccionadas tuvieran características equivalentes a aquellas en las que se llevará a cabo el estudio de validación psicométrica, se seleccionaron utilizando los mismos criterios de inclusión y exclusión.

Como criterios de inclusión de pacientes se consideró: haber sido diagnosticado con enfermedad de Alzheimer, edad mayor o igual a 60 años y *Minimal Test* entre 0 y 29 puntos. Como criterios de exclusión: otros tipos de demencia, discapacidad intelectual severa, diagnóstico de trastorno depresivo mayor o trastorno psicótico crónico. Por otra parte, para los cuidadores los criterios de inclusión fueron: ser cuidador permanente y tener una edad mayor o igual a 18 años.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

La QoL-AD se caracteriza por tener dos versiones de 13 dimensiones cada una, en que cada ítem es indicador de un ámbito de la calidad de vida. Estos tienen un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones (mala, regular, buena y excelente). Una versión debe ser respondida por el paciente y otra por el cuidador. Ambos puntajes obtenidos se suman y se obtiene el resultado final, el cual será valorado según el puntaje total obtenido (a mayor puntaje, mayor calidad de vida). Para esta validación, se obtuvo una autorización de uso de la licencia de la versión original de la escala QoL-AD obtenida en junio de 2019, mediante la plataforma eProvide (*OnLine Support for Clinical Outcome Assessments, registry number 4955*).

Por otra parte, también se utilizó el *minimal test* [32], con esto un neurólogo realizó una entrevista clínica a los cinco pacientes

Tabla 1. Primera versión de la escala QoL-AD traducida y adaptada al español chileno.

1. Salud física	Para empezar, ¿Cómo se siente acerca de su salud física? ¿Usted diría que es mala, regular, buena o excelente? Encierre en un círculo la opción que crea que mejor describe su salud física en este momento.
2. Energía	¿Cómo se siente respecto de su nivel de energía, vitalidad, etc.? ¿Piensa que es malo, regular, bueno o excelente? Si el/la participante dice que algunos días son mejores que otros, solicítele que señale como se ha sentido en general durante el último tiempo. Utilice las categorías de Mal, Regular, Bueno (bien) o Excelente.
3. Estado de ánimo	¿Cómo ha estado su ánimo últimamente? ¿Se ha sentido bien o se ha sentido deprimido? ¿Calificaría su estado de ánimo como malo, regular, bueno o excelente?
4. Condiciones de vida	¿Qué puede decir sobre sus condiciones de vida? ¿Cómo se siente respecto del lugar en el que vive actualmente? ¿Lo calificaría como malo, regular, bueno o excelente?
5. Memoria	¿Qué tal está su memoria? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
6. Familia	¿Cómo es su relación con los miembros de su familia? ¿La describiría como pobre, regular, buena o excelente? Si la persona entrevistada dice que no tiene familia, pregunte sobre hermanos, hermanas, hijos, sobrinas y sobrinos, e insista con la pregunta. ¿Cómo se siente acerca de su matrimonio o de su relación de pareja? ¿Cómo es su relación con (nombre del cónyuge) _____? ¿Usted cree que es mala, regular, buena o excelente? Algunos individuos serán solteros, viudos o estarán divorciados. En este caso, pregúntele cómo se siente respecto a la persona con la que tiene la relación más cercana, ya sea un familiar o amigo. Si hay alguien en la familia que actúe como su cuidador, pregúntele cómo es su relación con esa persona. Si no hay nadie adecuado o si el/la participante no está seguro/a, califique el apartado como “sin respuesta”. Si la calificación del individuo se basa en su relación con alguien que no sea su cónyuge, anótelo y registre la relación en la sección de comentarios.
7. Matrimonio	¿Qué opinión tiene de su relación actual con sus amigos/as? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente? Si el/la entrevistado/a responde que no tiene amigos/as o que todos sus amigos/as han muerto, hay que continuar preguntando. ¿Aparte de su familia, hay alguna persona con la que le gusta estar? ¿Diría usted que esta persona es su amiga? Si el/la participante sigue diciendo que no tiene amigos/as hay que preguntar: ¿Qué le parece no tener amigos/as: es una situación mala, regular, buena o excelente?
8. Amigos	¿Cómo se siente acerca de usted mismo? Cuando piensa en usted como un todo y en los diferentes aspectos de su vida, ¿diría que se siente mal, regular, bien o excelente?
9. Usted mismo	¿Qué piensa de su capacidad para realizar tareas en casa o cualquier otra cosa que tenga que hacer? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
10. Capacidad para hacer tareas de casa	¿Cómo se siente acerca de su capacidad para hacer cosas para divertirse y con las cuales disfruta? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
11. Capacidad para hacer cosas por diversión	¿Cómo se siente con su situación económica actual? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
12. Situación económica	Si el/la participante duda, hay que explicarle que usted no pretende saber cuál es su situación (es decir, la cantidad de dinero que tiene) sino solamente qué opina de su situación.
13. Vida en general	¿Qué opinaría de su vida en general?, cuando piensa en su vida en su conjunto ¿Cómo se siente acerca de esta? ¿diría que es mala, regular, buena o excelente?.

QoL-AD: Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale.

Fuente: preparado por los autores.

seleccionados con enfermedad de Alzheimer para desarrollar la etapa de validación semántica, con el propósito de resguardar los criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS

TRADUCCIÓN – RETRADUCCIÓN

Las versiones traducidas y retraducidas fueron comparadas entre ellas y con la versión original. Luego, el equipo de investigadores llevó a cabo un análisis llegando a un primer escrito consensado del cuestionario. Este fue sometido a una revisión por dos expertos en lingüística e idioma español chileno. De este modo se obtuvo una primera versión que fue sometida al juicio de expertos (Tabla 1).

VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Participaron en el proceso 15 expertos obteniéndose respuestas y comentarios para cada uno de los 13 ítems del cuestionario. Como criterio de aceptación del ítem, se trabajó con una puntuación mínima de la razón de validez de contenido de Lawshe de 0,49 [29]. En consecuencia, todo ítem con una puntuación igual o superior a este valor se consideró como aceptable. El análisis obtenido a través de la razón de validez de contenido de Lawshe arrojó un valor mayor a 0,49 en 11 ítems. De estos, ocho obtuvieron un valor superior a 0,8 y tres entre 0,49 y 0,79 (Tabla 2).

Sólo dos ítems obtuvieron un valor de razón de validez de contenido inferior a 0,49, el ítem 4 y el ítem 13, que corresponden a los dominios de “condiciones de vida” y “vida en general”, respectivamente.

Tabla 2. Razón de validez de contenido de Lawshe de cada ítem.

Dimensión		Puntaje contenido	RVC Lawshe
1. Salud física	Para empezar, ¿Cómo se siente acerca de su salud física? ¿Usted diría que es mala, regular, buena o excelente? Encierre en un círculo la opción que crea que mejor describe su salud física en este momento.	14	0,87
2. Energía	¿Cómo se siente respecto de su nivel de energía, vitalidad, etc.? ¿Piensa que es malo, regular, bueno o excelente? Si el/la participante dice que algunos días son mejores que otros, solicítele que señale como se ha sentido en general durante el último tiempo. Utilice las categorías de Mal, Regular, Bueno (bien) o Excelente.	15	1
3. Estado de ánimo	¿Cómo ha estado su ánimo últimamente? ¿Se ha sentido bien o se ha sentido deprimido? ¿Calificaría su estado de ánimo como malo, regular, bueno o excelente?	13	0,73
4. Condiciones de vida	¿Qué puede decir sobre sus condiciones de vida? ¿Cómo se siente respecto del lugar en el que vive actualmente? ¿Lo calificaría como malo, regular, bueno o excelente?	11	0,47 ¹
5. Memoria	¿Qué tal está su memoria? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?	15	1
6. Familia	¿Cómo es su relación con los miembros de su familia? ¿La describiría como pobre, regular, buena o excelente? Si la persona entrevistada dice que no tiene familia, pregunte sobre hermanos, hermanas, hijos, sobrinas y sobrinos, e insista con la pregunta.	15	1
7. Matrimonio	¿Cómo se siente acerca de su matrimonio o de su relación de pareja? ¿Cómo es su relación con (nombre del cónyuge) _____? ¿Usted cree que es mala, regular, buena o excelente? Algunos individuos serán solteros, viudos o estarán divorciados. En este caso, pregúntele cómo se siente respecto a la persona con la que tiene la relación más cercana, ya sea un familiar o amigo. Si hay alguien en la familia que actúe como su cuidador, pregúntele cómo es su relación con esa persona. Si no hay nadie adecuado o si el/la participante no está seguro/a, califique el apartado como “sin respuesta”. Si la calificación del individuo se basa en su relación con alguien que no sea su cónyuge, anótelo y registre la relación en la sección de comentarios.	15	1
8. Amigos	¿Qué opinión tiene de su relación actual con sus amigos/as? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente? Si el/la entrevistado/a responde que no tiene amigos/as o que todos sus amigos/as han muerto, hay que continuar preguntando. ¿Aparte de su familia, hay alguna persona con la que le gusta estar? ¿Diría usted que esta persona es su amiga? Si el/la participante sigue diciendo que no tiene amigos/as hay que preguntar: ¿Qué le parece no tener amigos/as: es una situación mala, regular, buena o excelente?	15	1
9. Usted mismo	¿Cómo se siente acerca de usted mismo? Cuando piensa en usted como un todo y en los diferentes aspectos de su vida, ¿diría que se siente mal, regular, bien o excelente?	15	1
10. Capacidad para hacer tareas de casa	¿Qué piensa de su capacidad para realizar tareas en casa o cualquier otra cosa que tenga que hacer? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?	12	0,60
11. Capacidad para hacer cosas por diversión	¿Cómo se siente acerca de su capacidad para hacer cosas para divertirse y con las cuales disfruta? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?	13	0,73
12. Situación económica	¿Cómo se siente con su situación económica actual? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente? Si el/la participante duda, hay que explicarle que usted no pretende saber cuál es su situación (es decir, la cantidad de dinero que tiene) sino solamente qué opina de su situación.	15	1

(Cont.)

Tabla 2. Cont.

Dimensión		Puntaje contenido	RVC Lawshe
13. Vida en general	¿Qué opinaría de su vida en general?, cuando piensa en su vida en su conjunto ¿Cómo se siente acerca de esta? ¿diría que es mala, regular, buena o excelente?.	11	0,47 ¹

RVC: razón de validez de contenido.

¹ 0,49 valor de corte

Fuente: preparado por los autores.

Respecto del ítem 4, alusivo a “Condiciones de vida (“¿Qué puede decir sobre sus condiciones de vida? ¿Cómo se siente respecto del lugar en el que vive actualmente? ¿Lo calificaría como malo, regular, bueno o excelente?”), las recomendaciones de los jueces versaron principalmente respecto del carácter amplio del término “condiciones de vida”, el que a su vez se contrasta con lo que finalmente se pregunta que es condiciones habitacionales del paciente. Algunos de los comentarios de los jueces que ilustran esto fueron:

- i. Neurólogo; “el indicador tiene dos preguntas en una: la primera apunta a las condiciones de vida, un concepto amplio que engloba diversos aspectos (ambientales, económicos, psíquicos, etc.), incluso alguien puede interpretarlo como calidad de vida. La segunda es una pregunta específica en relación al lugar físico que orienta a la vivienda y su entorno (pregunta más concreta). Si es esto lo que se quiere evaluar, sugiero cambiar la primera pregunta por un enunciado neutro y no como pregunta respecto (o en relación a) sus condiciones de vida”.
- ii. Neurólogo; “condiciones de vida es algo mucho más amplio que la situación habitacional que termina preguntándose, puede confundirse con lo económico que se pregunta más adelante. Además, quizá esta pregunta queda mejor al final del cuestionario”.
- iii. Médico de familia; “ya que más adelante se habla sobre relaciones y situación económica, la dimensión la pondría como estado de la vivienda. Como ejemplo: respecto al lugar en el que vive, ¿siente que es adecuado para usted, le facilita moverse dentro de él y realizar sus tareas habituales? Lo catalogaría como malo, regular, bueno o muy bueno?”.
- iv. Fonoaudiólogo; “condiciones de vida es un indicador amplio, que le sigue uno específico como es el caso de lugar donde vive. Se pueden tener buenas condiciones de vida pero una realidad habitacional no óptima, por lo que puede resultar engañoso”.
- v. Fonoaudióloga; “encuentro muy amplio 'condiciones de vida', ¿se refiere a condiciones materiales? ¿Red de apoyo? ¿Salud? Si se precisara más la pregunta de condiciones de vida, la separaría del lugar en el que vive ya que apunta a algo diferente”.

Respecto del ítem 13, alusivo a la dimensión “Vida en general” (“¿Qué opinaría de su vida en general?, cuando piensa en su vida en su conjunto ¿Cómo se siente acerca de esta? ¿diría que es mala, regular, buena o excelente?”), los jueces manifiestan que es una pregunta que podría ser respondida por el ítem 9, de la dimensión “Usted mismo”, por lo que podría llevar a confusión. Comentarios que ilustran esto fueron:

- i. Neurólogo; “difícil de diferenciar esto de la pregunta del 'usted mismo' de forma a que sean indicadores diferentes”.
- ii. Médico de familia; “puede ser confusa y asimilarse al ítem usted mismo. Quizás sea necesario incorporar la posibilidad de describir el ítem si la persona lo solicita: ¿cómo se siente al pensar en su vida actualmente, considerando distintos aspectos: emocionales, de desarrollo personal, familiar, etc.?”.
- iii. Fonoaudiólogo; “el concepto vida ya es amplio como para seguirla de la palabra general. La redactaría como: ¿Qué opina de su vida, cuando piensa en ella como un conjunto?”.

VALIDACIÓN SEMÁNTICA (RESPONDENT DEBRIEFING)

Para la validación semántica se utilizó el método de *respondent debriefing*, para lo cual se aplicó la escala a cinco personas con enfermedad de Alzheimer (4 mujeres y 1 hombre) y a sus respectivos cuidadores. Las personas con enfermedad de Alzheimer tuvieron una edad promedio de 79,6 años y una puntuación en el *minimal test* promedio de 16 puntos. En el caso de los cuidadores la edad promedio fue de 55 años. El tiempo aproximado de aplicación de la escala fue de 15 a 20 minutos por paciente y cuidador.

En este proceso, durante la aplicación de la escala, las mayores incertidumbres de los pacientes se produjeron en relación al ítem número 2 alusivo a la dimensión “Energía” (“¿Cómo se siente respecto de su nivel de energía? ¿Piensa que es malo, regular, bueno o excelente?”), donde tres personas con Alzheimer manifestaron dudas. Por ejemplo, dos de ellas señalaron “no entiendo a qué llama energía”; y otra, pregunta si “¿se refiere a energía para caminar?”. El segundo ítem que presentó dificultades fue el ítem número 9 alusivo a la dimensión “Usted mismo” (“¿Cómo se siente acerca de usted mismo? Cuando

Tabla 3. Segunda versión de la escala QoL-AD traducida y adaptada al español chileno.

1. Salud física	Para empezar, ¿Cómo se siente acerca de su salud física? ¿Usted diría que es mala, regular, buena o excelente? Encierre en un círculo la opción que crea que mejor describe su salud física en este momento.
2. Energía	¿Cómo se siente respecto de su nivel de energía, vitalidad, etc.? ¿Piensa que es malo, regular, bueno o excelente? Si el/la participante dice que algunos días son mejores que otros, solicítele que señale como se ha sentido en general durante el último tiempo. Utilice las categorías de Mal, Regular, Bueno (bien) o Excelente.
3. Estado de ánimo	¿Cómo ha estado su ánimo últimamente? ¿Se ha sentido bien o se ha sentido deprimido? ¿Calificaría su estado de ánimo como malo, regular, bueno o excelente?
4. Condiciones de vida	¿Qué puede decir sobre las condiciones del lugar donde usted reside? ¿Cómo se siente respecto del lugar en el que vive actualmente? ¿Lo calificaría como malo, regular, bueno o excelente?
5. Memoria	¿Qué tal está su memoria? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
6. Familia	¿Cómo es su relación con los miembros de su familia? ¿La describiría como pobre, regular, buena o excelente? Si la persona entrevistada dice que no tiene familia, pregunte sobre hermanos, hermanas, hijos, sobrinas y sobrinos, e insista con la pregunta. ¿Cómo se siente acerca de su matrimonio o de su relación de pareja? ¿Cómo es su relación con (nombre del cónyuge) _____? ¿Usted cree que es mala, regular, buena o excelente? Algunos individuos serán solteros, viudos o estarán divorciados. En este caso, pregúntele cómo se siente respecto a la persona con la que tiene la relación más cercana, ya sea un familiar o amigo. Si hay alguien en la familia que actúe como su cuidador, pregúntele cómo es su relación con esa persona.
7. Matrimonio	Si no hay nadie adecuado o si el/la participante no está seguro/a, califique el apartado como “sin respuesta”. Si la calificación del individuo se basa en su relación con alguien que no sea su cónyuge, anótel y registre la relación en la sección de comentarios. ¿Qué opinión tiene de su relación actual con sus amigos/as? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente? Si el/la entrevistado/a responde que no tiene amigos/as o que todos sus amigos/as han muerto, hay que continuar preguntando. ¿Aparte de su familia, hay alguna persona con la que le gusta estar? ¿Diría usted que esta persona es su amiga? Si el/la participante sigue diciendo que no tiene amigos/as hay que preguntar: ¿Qué le parece no tener amigos/as: es una situación mala, regular, buena o excelente?
8. Amigos	¿Cómo se siente acerca de su persona? Cuando piensa en usted, ¿diría que se siente mal, regular, bien o excelente?
9. Respetto de usted mismo o de su persona	¿Qué piensa de su capacidad para realizar tareas en casa o cualquier otra cosa que tenga que hacer? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
10. Capacidad para hacer tareas de casa	¿Cómo se siente acerca de su capacidad para hacer cosas para divertirse y con las cuales disfruta? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
11. Capacidad para hacer cosas por diversión	¿Cómo se siente con su situación económica actual? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
12. Situación económica	Si el/la participante duda, hay que explicarle que usted no pretende saber cuál es su situación (es decir, la cantidad de dinero que tiene) sino solamente qué opina de su situación.
13. Vida en términos generales	¿Qué opina de su vida en general?, cuando piensa en su vida en su conjunto ¿Cómo se siente acerca de esta? ¿diría que es mala, regular, buena o excelente?.

QoL-AD: Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale.

Fuente: preparado por los autores.

piensa en usted como un todo y en los diferentes aspectos de su vida, ¿diría que se siente mal, regular, bien o excelente?”). Al respecto dos personas con Alzheimer reportaron sentirse confundidos, pues encontraron que dicho ítem tenía similitud con lo preguntado en el ítem número 13, alusivo a la dimensión “Vida en general”. Esto fue consistente con lo reportado por los jueces en su análisis, como se puede apreciar en el apartado anterior. En relación a los cuidadores, ninguno de ellos manifestó no entender las preguntas.

Dado todo el proceso anterior, se llevaron a cabo modificaciones en aquellos ítems que obtuvieron una razón de validez de contenido menor a 0,49, como también en aquellos que a pesar de haber obtenido una puntuación superior a esta, fueron observados por los jueces y por los pacientes en el proceso de *respondent debriefing*. Obteniéndose así, una segunda versión de la escala (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La demencia por Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa altamente prevalente, cuyo abordaje terapéutico principal radica fundamentalmente en el control de síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus cuidadores y familias. Dado esto, es imperativo contar con instrumentos válidos que permitan medir la calidad de vida en estos pacientes y sus cuidadores, para de esta forma valorar las intervenciones terapéuticas.

El proceso de validación de contenido de una escala implica distintas etapas y desafíos, la pertinencia de detallar cada una de ellas radica en destacar que la traducción de un cuestionario no se limita a un simple desafío idiomático, sino que involucra un proceso de mayor complejidad con importantes decisiones metodológicas.

La primera versión del cuestionario, que se obtuvo a partir del proceso de traducción y retraducción, junto con el análisis lingüístico; fue la fase inicial que permitió por una parte el trabajo del juicio de expertos y por otro el trabajo con el especialista en lingüística. En esta fase se identificaron y verificaron cada uno de los ítems en cuanto a si representaban el dominio teórico de interés. Esto, sumado al proceso de *respondent debriefing*, otorgaron las bases y sustentos necesarios para desarrollar las modificaciones a la primera versión traducida del cuestionario. Con ello se obtuvo una segunda versión, que es la que se propone para el proceso de validación psicométrica de esta escala.

Pocos instrumentos de validación psicométrica se publican con el análisis de este proceso de validación de contenido, lo que otorga valor adicional a este estudio.

La mayoría de los ítems evaluados resultaron ser adecuados en sus pretensiones de medición. Sin embargo, encontramos términos que causaron conflicto en representar lo que querían medir. Conceptos como condiciones de vida, vida en general, energía. Conflicto que en el análisis se explica por las diferencias culturales entre el país de origen del instrumento y el nuestro, donde se asignan diferentes atribuciones a los conceptos en cuestión. Por este motivo resulta imperativo analizar desde el punto de vista cultural y de contexto, cada uno de los conceptos que resultan conflictivos en virtud de no perder el sentido de esta escala, que fue hecha para un contexto en particular. Esto llevó a que, como equipo de trabajo, consensuáramos un análisis interpretativo para evitar ideas que no se entendieran por parte de los participantes y que pudieran afectar el trabajo de validación del instrumento y complementarlo con otros de uso más común y conocimiento en nuestro medio. Destacamos que gran parte de las observaciones y modificaciones propuestas por el trabajo de expertos, son coincidentes con las observadas por los pacientes.

Dentro de las fortalezas del análisis de validez de contenido realizado, destaca el hecho de que se contó con la participación de expertos en el área, con vasta experiencia en el ámbito clínico como académico.

Este estudio, además, pone a disposición el instrumento traducido para profesionales o investigadores para ser utilizado, abriendo oportunidades de nuevas investigaciones o intervenciones que busquen mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Dentro de las limitaciones encontramos las propias de este tipo de diseño al adaptar este instrumento hecho para un contexto y fin.

Por último, es importante destacar que es este un proceso continuo en el que se observará al instrumento en todas las fases del proceso de validación psicométrica.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este estudio permiten sostener que el instrumento resulta ser válido desde el punto de vista de su contenido.

Notas

Autoría

AV, GK: conceptualización, metodología, investigación, análisis de datos, procesamiento de datos, redacción, visualización, supervisión. JPB, LC, EW: investigación, análisis de datos, procesamiento de datos, redacción, visualización. AG, OS: conceptualización, metodología, validación, visualización. MF, SJ: validación, redacción, visualización.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen potenciales conflictos de interés en relación con la investigación, autoría y/o con la publicación de este estudio.

Financiamiento

Los autores declaran que el estudio no contó con financiamiento externo.

Aspectos éticos

El proyecto desde el cual se deriva esta publicación cuenta con la aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, Chile, con el código 19-08-68, con fecha de aprobación el 12 de noviembre de 2019. En todas las etapas del proceso de ejecución del proyecto, cuando lo amerita, se utilizó un consentimiento informado escrito para el paciente o su representante legal.

Origen y arbitraje

No solicitado. Con revisión externa por tres pares revisores, a doble ciego.

Idioma del envío

Español.

Referencias

1. Wahl D, Solon-Biet SM, Cogger VC, Fontana L, Simpson SJ, Le Couteur DG, et al. Aging, lifestyle and dementia. *Neurobiol Dis.* 2019;130: 104481. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2019.104481>
2. Ulep MG, Saraon SK, McLea S. Alzheimer Disease. *The Journal for Nurse Practitioners.* 2018;14: 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.10.014>
3. Schwartzmann L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. *Cienc enferm.* 2003;9: 09–21. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
4. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med.* 2002;64: 510–9. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00016>

5. Lawton MP. Quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1994;8 Suppl 3: 138–50.
6. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9: 179–86.
7. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *J Ment Health Aging*. 1999;5: 21–32. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1999-05045-003.pdf>
8. León-Salas B, Logsdon RG, Olazarán J, Martínez-Martín P. Psychometric properties of the Spanish QoL-AD with institutionalized dementia patients and their family caregivers in Spain. *Aging Ment Health*. 2011;15: 775–83. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562183>
9. Thorgrimsen L, Selwood A, Spector A, Royan L, de Madariaga Lopez M, Woods RT, et al. Whose quality of life is it anyway? The validity and reliability of the Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD) scale. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2003;17: 201–8. <https://doi.org/10.1097/00002093-200310000-00002>
10. Bianchetti A, Cornali C, Ranieri P, Trabucchi M. Quality of life in patients with mild dementia. Validation of the Italian version of the quality of life Alzheimer's disease (QoL-AD) Scale. *J Gerontol Geriatr*. 2017;65: 137–43. <http://www.jgerontology-geriatrics.com/article/view/130>
11. Torisson G, Stavenow L, Minthon L, Londos E. Reliability, validity and clinical correlates of the Quality of Life in Alzheimer's disease (QoL-AD) scale in medical inpatients. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14: 90. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0493-8>
12. Wolak-Thierry A, Novella J-L, Barbe C, Morrone I, Mahmoudi R, Jolly D. Comparison of QoL-AD and DQoL in elderly with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health*. 2015;19: 274–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.927822>
13. Lecturer of Mental Health, High Institute of Public Health (HIPH), Alexandria University, Egypt, Zn S, Hm E-K, Assistant Professor of Geriatric Health, High Institute of Public Health (HIPH), Alexandria University, Egypt, Hk I, Assistant Professor of Public Health Nursing, High Institute of Public Health (HIPH), Alexandria University, Egypt. Reliability and Validity of an Arabic Version of Quality of Life - Alzheimer Disease in Alexandria, Egypt. *IJBRP*. 2015;157-63: 157–163. <https://core.ac.uk/reader/144775040> <https://doi.org/10.19070/2332-3000-1500028>
14. Yu H-M, He R-L, Ai Y-M, Liang R-F, Zhou L-Y. Reliability and validity of the quality of life-Alzheimer disease Chinese version. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2013;26: 230–6. <https://doi.org/10.1177/0891988713500586>
15. Dichter MN, Wolschon E-M, Meyer G, Köpke S. Cross-cultural adaptation of the German version of the Quality of Life in Alzheimer's Disease scale - Nursing Home version (QoL-AD NH). *Int Psychogeriatr*. 2016;28: 1399–400. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000107>
16. Novelli M, Dal Rovere HH, Nitrini R, Caramelli P. Cross-cultural adaptation of the quality of life assessment scale on Alzheimer disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63: 201–6. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2005000200002>
17. Kisvetrová H, Školoudík D, Herzig R, Vališ M, Jurašková B, Krulová P, et al. Psychometric Validation of the Czech Version of the Quality of Life - Alzheimer's Disease Scale in Patients with Early-Stage Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2018;46: 109–118. <https://doi.org/10.1159/000492490>
18. Gómez-Gallego M, Gómez-Amor J, Gómez-García J. Validación de la versión española de la escala QoL-AD en pacientes con enfermedad de Alzheimer, cuidadores y profesionales sanitarios. *Neurología*. 2012;27: 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.03.006>
19. Wolak A, Novella J-L, Drame M, Guillemin F, Di Pollina L, Ankri J, et al. Transcultural adaptation and psychometric validation of a French-language version of the QoL-AD. *Aging Ment Health*. 2009;13: 593–600. <https://doi.org/10.1080/13607860902774386>
20. Yamada T, Nakaaki S, Sato J, Sato H, Shikimoto R, Furukawa TA, et al. Factor structure of the Japanese version of the Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QOL-AD). *Psychogeriatrics*. 2020;20: 79–86. <https://doi.org/10.1111/psyg.12459>
21. Rosas Carrasco O, Torres Arreola L del P, Guerra Silla M de G, Torres Castro S, Gutiérrez Robledo LM. Validación de la escala *Quality of Life in Alzheimer's Disease* (QOL-AD) en pacientes mexicanos con demencia tipo Alzheimer, vascular y mixta. *RevNeurol*. 2010;51: 72. <https://doi.org/10.33588/rn.5102.2009648>
22. Bárrios H, Verdelho A, Narciso S, Gonçalves-Pereira M, Logsdon R, de Mendonça A. Quality of life in patients with cognitive impairment: validation of the Quality of Life-Alzheimer's Disease scale in Portugal. *Int Psychogeriatr*. 2013;25: 1085–96. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000379>
23. Buasi N, Permsuwan U. Validation of the Thai QOL-AD version in Alzheimer's patients and caregivers. *Australas Med J*. 2014;7: 251–9. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2014.2078>
24. Küçükgüçlü Ö, Akpınar Söylemez B. The validity and reliability of the Turkish version of the quality of life scale for patients with Alzheimer's disease (QOL-AD). *J Neurol Sci Turk*. 2012;29: 554–65. <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/182502/the-validity-and-reliability-of-the-turkish-version-of-the-quality-of-life-scale-for-patients-with-alzheimers-disease-qol-ad>
25. Shin H-Y. A preliminary study on the Korean version of quality of life-Alzheimer's disease (QOL-AD) scale in community-dwelling elderly with dementia. *J Prev Med Public Health*. 2006;39: 243–8. <https://www.jpmp.org/journal/view.php?year=2006&vol=39&page=243>
26. Wan L, He R, Ai Y, Zhang H, Xing M, Yang L, et al. Item function analysis on the Quality of Life-Alzheimer's Disease(QOL-AD) Chinese version, based on the Item Response Theory(IRT). *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2013;34: 728–31. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2013.07.016>
27. Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validation of a screening test for age associated cognitive impairment, in Chile. *Rev Med Chil*. 2004;132: 467–78. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872004000400009>
28. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Plan Nacional de Demencia. Santiago; 2017. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
29. Lawshe CH. A QUANTITATIVE APPROACH TO CONTENT VALIDITY. *Personnel Psychology*. 1975;28: 563–575. <http://www.blackwell-synergy.com/toc/peps/28/4> <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
30. Campanelli PC, Martin EA, Rothgeb JM. The Use of Respondent and Interviewer Debriefing Studies as a Way to Study Response Error in Survey Data. *The Statistician*. 1991;40: 253. <https://doi.org/10.2307/2348278>
31. Meneses J, Barrios M, Lozano LM, Bonillo A, Turbany J, Coscolluela A, et al. *Psicometría*. Editorial Uoc. 2014. <https://books.google.com.co/books?id=2JxuBAAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
32. González-Hernández J, Aguilar L, Oporto S, Araneda L, Vásquez M, Von Bernhardt R. Normalización del “Mini-Mental State Examination” según edad y educación, para la población de Santiago. *Memoriza.com*. http://www.memoriza.com/documentos/revista/2009/minimental2009_3_23-34.pdf

Spanish translation, retranslation, and content validation of the Quality of Life in Alzheimer's Disease scale in patients with Alzheimer's dementia

Abstract

Introduction

It is estimated that by the year 2050, persons over 60 will account for 22% of the world population. Consequently, the incidence and prevalence of Alzheimer's disease will increase correspondingly. One of the pillars of the treatment of this condition is to improve the quality of life. In this sense, questionnaires such as the Quality of Life in Alzheimer's Disease allow us to measure the quality of life in patients and caregivers.

Objective

To translate into Chilean Spanish and carry out the content validation of the Quality of Life in Alzheimer's Disease scale in patients with Alzheimer's dementia at the Guillermo Grant Benavente Hospital in Concepción, Chile.

Methods

Translation, back-translation and content validity were carried out by expert judgment, using Lawshe analysis, pre-test and semantic validation using the respondent debriefing strategy.

Results

The translated and retranslated versions were compared with each other and with the original version. Lawshe indicates that a Content Validity Ratio equal 0.49 is adequate to consider the item valid when 15 experts participated in the content validation process, as in our study. The analysis yielded a content validity ratio greater than 0.49 in 11 of the 13 items on the scale. Of these, 8 obtained a value greater than 0.8 and 3 between 0.49 and 0.79. In semantic validation using the respondent debriefing strategy, the scale was applied to five people with Alzheimer's and their respective caregivers. With the data obtained, modifications were generated in those items that obtained a content validity ratio of less than 0.49.

Conclusions

The version obtained in Spanish of the Quality of Life in Alzheimer's Disease scale is valid from the point of view of its content and equivalent to its original version.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.