



ARTÍCULO ORIGINAL

Traducción y validación de la *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B****HIGHLIGHTS**

1. Escala FATCOD-B traducida, validada y adaptada al portugués brasileño.
2. Preparación de médicos y enfermeros ante la finitud humana.
3. Coeficiente alfa de Cronbach de 0,81; alta consistencia interna.
4. Índice de validez de contenido superior al mínimo recomendado.

Thalita Felsky dos Santos ¹ Maria Helena Lenardt ¹ Vitor Last Pintarelli ² João Alberto Martins Rodrigues ¹ Clovis Cechinel ¹ **RESUMEN**

Objetivo: Traducir y adaptar transculturalmente la *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B* al portugués brasileño y evaluar su validez de contenido y consistencia interna. **Método:** Estudio metodológico, desarrollado en formato online durante 2021 y 2022 con la participación de especialistas en el tema de la "muerte" y traductores públicos de Brasil. Implicó las siguientes etapas: traducción; síntesis; retrotraducción; revisión por comité de expertos; prueba piloto y versión final. **Resultados:** Luego de la traducción, se verificó la consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, cuyo resultado fue de 0,81. El índice de validez de contenido general fue de 88,27, superior al valor mínimo requerido para su aceptabilidad. **Conclusión:** La versión brasileña de la escala *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B* presentó métricas suficientes para ser aplicada en Brasil. El uso de la escala contribuirá a aumentar la visibilidad de la cuestión de la muerte y la asistencia a los pacientes moribundos.

DESCRIPTORES: Estudio de Validación; Traducción; Muerte; Evaluación de salud; Personal de salud.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

dos Santos TF, Lenardt MH, Pintarelli VL, Rodrigues JAM, Cechinel C. Traducción y validación de la *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B*. *Cogitare Enferm* [Internet]. Año [cited "insert year, month and day"];30:e98561. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.98561>

¹ Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

² Universidade Federal do Paraná, Departamento de Clínica Médica, Curitiba, PR, Brasil

INTRODUCCIÓN

El abordaje de la muerte es un tabú dado que se considera que hablar del tema implica percibir la propia finitud. Sin embargo, la muerte forma parte de la vida cotidiana de los profesionales de la salud, por lo que es fundamental dialogar sobre su proceso y prepararse para afrontar sus matices¹.

El escenario mundial indica que las carreras vinculadas a la salud deben aumentar el número de asignaturas que enseñen sobre la muerte, el duelo y la comunicación de noticias difíciles. Al ampliar la información sobre estos temas, los profesionales de la salud obtendrán conocimientos que sobrepasen el saber técnico-científico².

En Brasil, la enseñanza en el área de salud se centra en la curación de enfermedades. La evolución tecnológica, incorporada al cuidado, como también los avances científicos, favorecieron el "ideal" del profesional de la salud de luchar contra la muerte³, vista como un fracaso de los profesionales sanitarios, con la consecuente angustia, frustración e impotencia⁴. Para el historiador Philippe Ariès, un entrenamiento adecuado en la terminalidad proporciona momentos felices y dignos en esta última etapa de la vida⁵.

La muerte puede generar ansiedad y trauma para quienes la experimentan. El cuidado de personas con enfermedades terminales y la experiencia de su muerte generan depresión y *burnout* en los enfermeros⁶. El contacto frecuente entre los profesionales sanitarios y estos pacientes y sus familias, combinado con una falta de preparación para tratar con esta población, conduce a una reducción de la calidad de la atención prestada⁷.

Se han desarrollado pocas herramientas para evaluar a los profesionales médicos y de enfermería en relación con la atención de pacientes con enfermedades terminales. La escala *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B* (escala FATCOD-B) se utiliza para evaluar la comodidad/incomodidad de los profesionales de la salud en el cuidado de pacientes con enfermedades terminales y se aplica para probar la efectividad de los programas de capacitación al final de la vida⁸.

La escala FATCOD-B fue desarrollada por la enfermera Katherine Helen Murray Frommelt en 1989. Se utiliza para evaluar las actitudes de los enfermeros y otros profesionales de la salud con respecto al cuidado de pacientes terminales y sus familias. Consta de 30 ítems tipo Likert con las siguientes opciones de respuesta: "*Strongly Disagree*", "*Disagree*", "*Uncertain*", "*Agree*" y "*Strongly Agree*" ("Totalmente en desacuerdo", "En desacuerdo", "Incierto" (opción neutral), "De acuerdo" y "Totalmente de acuerdo"). Los ítems 1, 2, 4, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 y 30 son afirmaciones positivas (varía de 1 para "*Strongly Disagree*" a 5 para "*Strongly Agree*"), las demás son negativas (varía de 1 para "*Strongly Agree*" a 5 para "*Strongly Disagree*"). Así, la puntuación total oscila entre 30 y 150, siendo las puntuaciones más altas las que reflejan actitudes más positivas⁹⁻¹¹.

La escala FATCOD-B está escrita originalmente en inglés y, para ser utilizada en Brasil, requiere traducción, adaptación y validación transcultural a nivel nacional y, en este estudio, estos procesos se llevaron a cabo¹².

El objetivo de este estudio fue traducir y adaptar transculturalmente la escala *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B* al portugués brasileño y evaluar su validez de contenido y consistencia interna.

MÉTODO

Estudio metodológico para la validación semántica y adaptación cultural de la escala FATCOD-B, realizado entre los años 2021 y 2022. Los estudios metodológicos se centran en el desarrollo, validación y evaluación de herramientas o estrategias metodológicas¹³.

Se establecieron criterios de inclusión para los participantes del estudio. Traductor 1 (TRAD 1): ser mayor de 18 años; ser profesional de la salud y presentar conocimientos sobre el constructo evaluado; tener al portugués brasileño como lengua materna y hablar inglés con fluidez. Traductor 2 (TRAD 2): mayor de 18 años; ser profesional en un área distinta a la salud (traductor sin experiencia en el área); no tener conocimientos sobre el constructo evaluado, con el fin de reflejar un lenguaje no académico; tener al portugués brasileño como lengua materna y hablar inglés con fluidez. Para los retrotraductores 1 y 2 (RET 1 y RET 2), se estableció como criterio de inclusión tener 18 años o más; inglés como lengua materna y tener fluidez en portugués brasileño.

El estudio se estructuró en las siguientes etapas: Traducción (I), Síntesis (II), Retrotraducción (III), Revisión por un comité de expertos (IV), Prueba piloto (V) y Versión final (VI)¹⁴⁻¹⁵.

La recolección de datos se inició con la traducción de la escala FATCOD-B por los traductores, quienes generaron las versiones traducidas T1 y T2. En la síntesis de TRAD 1 y TRAD 2 se formuló la versión T 1-2, de acuerdo con las etapas que se describen a continuación.

En la etapa I trabajaron dos traductores. Ambos lo hicieron de forma independiente y tradujeron la escala al portugués brasileño. La traducción de TRAD 1 se llamó T1, mientras que la traducción de TRAD 2 se llamó T2. El proceso de traducción se realizó exclusivamente en línea, con comunicación entre traductores y autores vía correo electrónico y teléfonos celulares.

En la etapa II, los traductores realizaron una reunión en línea, con los investigadores como observadores. Se discutieron los 30 ítems de la escala FATCOD-B y, tras consenso, se formuló la versión síntesis denominada T1-2.

En la etapa III participaron retrotraductores norteamericanos (RET 1 y RET 2). Ambos recibieron la versión T1-2 y formularon individualmente las versiones retrotraducidas al inglés llamadas RT1 (formulada por RET 1) y RT2 (formulada por RET 2).

En la etapa IV, revisión por un comité de expertos, participaron un profesional de enfermería, un investigador en el tema de muerte, un profesional de enfermería con experiencia en la traducción y validación transcultural de escalas, un médico especialista en cuidados paliativos, TRAD 1, TRAD 2, RET 1, RET 2, un profesional especializado en letras en el par de idiomas portugués-inglés, traductor 3 (TRAD 3) en sustitución del TRAD 2 (quien no pudo seguir participando por problemas personales). Los participantes recibieron la versión original de la escala FATCOD-B, T1, T2, T1-2, RT1 y RT2, además de los informes de T1, T2, T1-2, RT1 y RT2, en los que se presentan las explicaciones sobre los procesos de traducción, retrotraducción y síntesis, así como la justificación de la elección del vocabulario presentes en las etapas anteriormente mencionadas.

Luego de analizar todos los documentos, los miembros del comité de expertos formularon una versión de la escala FATCOD-B que fue aplicada en la etapa V.

En la etapa V participaron 75 médicos y 12 enfermeros asociados a la Sociedad Brasileña de Geriatria y Gerontología (SBGG). Los participantes recibieron una invitación vía *email* de la SBGG que contenía el *link* de *Google Forms* con el cuestionario sociodemográfico y la escala FATCOD-B para ser respondidos.

Respecto al tamaño de la muestra, Beaton et al. (2000) sugiere entre 30 y 40 participantes. En este estudio se optó por utilizar un método de muestreo probabilístico, con un total de 75 médicos y 12 enfermeros en la etapa de prueba piloto. Se utilizó un muestreo estratificado, ya que la población de interés fue subdividida en grupos. Según Manzato y Santos (2012), cuando la muestra no considera la existencia de estos subgrupos, se pueden producir resultados influenciados por el desequilibrio muestral¹⁶.

El cuestionario sociodemográfico fue adaptado sobre la base del elaborado por Frommelt, compuesto por las variables sexo, edad, religión, profesión, preguntas acerca de la formación previa sobre el morir y la muerte, experiencia previa en el cuidado de personas con enfermedades terminales, experiencia previa en pérdidas y experiencia actual ante la muerte de un ser querido. Se realizaron los ajustes para que el cuestionario fuese más adecuado a la realidad brasileña. En Brasil existen varias denominaciones religiosas. Por eso se decidió añadir "Espiritista", "Afrobrasileña", "Agnóstica" y "Atea". También hubo cambios en la formación profesional, pues en Brasil no existe *High School Equivalence ni High School Diploma*, por ejemplo. Se decidió mantener "residencia", "maestría" y "doctorado" en preguntas relacionadas a otros títulos y/o formación.

En la etapa VI, la versión brasileña de la escala FATCOD-B (FATCOD-BB) (ANEXO) fue finalizada por los investigadores luego de haberse verificado la validación y la consistencia interna.

Los contactos con los participantes se realizaron por correo electrónico y tres reuniones en línea con la participación del investigador principal en calidad de observador. El primer contacto se produjo entre TRAD 1 y 2, en el que se discutieron los 30 ítems traducidos de la escala FATCOD-B, y se llegó a un consenso sobre la versión resumida. En el segundo, entre los miembros del comité se evaluaron las equivalencias semánticas, idiomáticas, culturales y conceptuales. En la tercera reunión, el comité aprobó la versión de prueba piloto de la escala.

Para el análisis de datos, las respuestas de los participantes del pretest se organizaron en el *software Microsoft® Excel*. Las características de los participantes se evaluaron mediante técnicas de estadística descriptiva y las respuestas se calcularon considerando la frecuencia, porcentajes e intervalos de confianza para la proporción.

Para cada ítem de la escala FATCOD-B se calcularon índices de validez de contenido (IVC) con el fin de verificar si el contenido del instrumento era un buen reflejo del constructo¹⁷. Respecto a la consistencia interna se utilizó el alfa de Cronbach, que proporciona esta medida en una sola prueba¹⁸.

Se calculó las medias de concordancia y la desviación estándar en todos los puntos de la escala FATCOD-B y se presentaron las métricas generales de los ítems. Los análisis se realizaron utilizando el lenguaje de programación R.4.1.2 y R.4.2.2, con la asistencia de un profesional especialista en estadística.

Para realizar la traducción, validación y adaptación transcultural de la escala FATCOD-B al portugués brasileño se obtuvo la autorización de la autora de la escala. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Humanos del Sector de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraná, bajo el parecer número 5.339.069.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra que el 57,4% de los participantes tienen hasta 45 años, el 66,7% son mujeres, el 55,2% son católicos y el 73,6% considera que la creencia religiosa influye de alguna manera en su actitud ante la muerte.

De los encuestados, el 31% participó en algún curso sobre el morir y la muerte, el 96,6% atendió a pacientes con enfermedades terminales y a sus familiares y el 33,3% tenía experiencia previa de pérdida que involucraba a sus propios familiares. La pérdida de una persona que no formaba parte de la familia fue experimentada por un 39,1%, de los encuestados, advirtiéndose además que el 83,9% no se encontraba atravesando una pérdida al momento de la encuesta y un 6,9% estaba transitando la experiencia de la muerte de un ser querido.

Tabla 1 – Distribución de las características sociodemográficas de los médicos y enfermeros asociados a la Sociedad Brasileña de Geriatria y Gerontología, participantes en la prueba piloto. Curitiba, PR, Brasil, 2024 (continua)

Características	n [†]	% (IC del 95%) [‡]
1. Edad		
23-27 años	1	1,1 (0,2; 6,2)
28-35 años	19	18,4 (11,6; 27,8)
36-45 años	39	37,9 (28,5; 48,4)
46-55 años	20	17,2 (10,7; 26,5)
56-59 años	7	8,0 (4,0; 15,7)
60 años o más	15	17,2 (10,7; 26,5)
2. Sexo		
Femenino	72	66,7 (56,2; 75,7)
Masculino	29	33,3 (24,3; 43,8)
3. Religión		
Afrobrasileña	2	2,3 (0,6; 8,0)
Agnóstica	10	10,3 (5,5; 18,5)
Atea	7	4,6 (1,8; 11,2)
Católica	52	55,2 (44,7; 65,2)
Espiritista	11	9,2 (4,7; 17,1)
Protestante	14	5,7 (2,5; 12,8)
Otras	5	12,6 (7,2; 21,2)
4. Mis creencias religiosas y su influencia en las actitudes hacia el morir y la muerte		
No influyen	20	21,8 (15,2; 33,0)
Tienen poca influencia	23	23,0 (16,2; 34,3)
Tienen fuerte influencia	51	50,6 (42,4; 63,4)

Tabela 1 – Distribución de las características sociodemográficas de los médicos y enfermeros asociados a la Sociedad Brasileña de Geriatria y Gerontologia, participantes en la prueba piloto. Curitiba, PR, Brasil, 2024 (conclusión)

Características	n [†]	% (IC del 95%) [‡]
No respondieron	7	6,9
5. Mi falta de creencias religiosas y su influencia en las actitudes hacia el morir y la muerte		
No influye	23	23,0 (52,9; 84,7)
Tiene poca influencia	8	5,7 (7,9; 35,6)
Tiene fuerte influencia	3	3,4 (3,7; 27,2)
No respondieron	67	66,3
6. Profesión		
Enfermero	12	13,8 (8,1; 22,6)
Médico	75	86,2 (77,4; 91,9)
7. Formación		
Residencia	45	50,6 (50,3; 72,4)
Maestría	21	16,1 (12,1; 30,4)
Doctorado	15	14,9 (11,0; 28,8)
No respondieron	20	19,8
8. Formación previa sobre la muerte y el morir:		
Tomé un curso	27	31,0 (22,3; 41,4)
No tomé un curso específico, pero el tema fue cubierto en otros cursos.	57	65,5 (55,1; 74,7)
No se presentó ninguna información previa sobre el morir y la muerte.	3	3,4 (1,2; 9,7)
9. Experiencia previa en atención a personas con enfermedades terminales:		
He atendido a pacientes terminales y a sus familiares.	84	96,6 (90,3; 98,8)
No tengo experiencia previa.	3	3,4 (1,2; 9,7)
10. Experiencia previa con la pérdida de alguien cercano:		
Miembros familiares cercanos	29	33,3 (24,3; 43,8)
No tengo experiencia previa	24	27,6 (19,3; 37,8)
Otros seres queridos	34	39,1 (29,5; 49,6)
11. Experiencia actual:		
Actualmente tengo un ser querido que padece una enfermedad terminal (esperanza de vida de un año o menos).	8	9,2 (4,7; 17,1)
Estoy presenciando anticipadamente la muerte de un ser querido.	6	6,9 (3,2; 14,2)
No estoy lidiando con ninguna pérdida inminente en este momento.	73	83,9 (74,8; 90,2)

[†] = Cantidad de pacientes; [‡] = Porcentaje de pacientes (intervalo de confianza del 95%);

Fuente: Los autores (2024)

En la Tabla 2 se muestra el coeficiente de confiabilidad alfa de *Cronbach* mínimo, que considerando todos los ítems fue de 0,81. Asimismo, se observa la concordancia media entre los evaluadores, calculada a partir del índice de validez de contenido y la desviación estándar de todos los ítems de la escala FATCOD-B. Los dos ítems con mayores promedios de acuerdo fueron "Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida" (4,71) y "As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida" (4,67). El IVC global de la investigación fue de 88,27, índice de validez de contenido superior al valor mínimo requerido para su aceptabilidad.

Tabla 2 –Índice de validez de contenido; Coeficiente alfa de *Cronbach*; Media y desviación estándar para los ítems de la *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B*. Curitiba, PR, Brasil, 2024

(continua)

Ítems	IVC [†]	Alfa [‡]	Media	DE§
1. Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.	91,95	0,81	4,48	0,80
2. A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.	93,1	0,81	4,39	0,81
3. Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.	86,21	0,81	3,97	1,05
4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.	96,55	0,81	4,59	0,56
5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida	94,25	0,80	4,16	0,82
6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.	94,25	0,82	4,28	0,98
7. Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.	74,71	0,80	3,67	1,20
8. Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.	77,01	0,80	3,79	1,28
9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.	94,25	0,81	4,36	0,88
10. Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final de vida.	89,66	0,81	1,67	0,66
11. Quando um paciente pergunta "estou morrendo?", acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	100	0,81	4,36	0,59
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.	68,97	0,82	2,07	0,97
13. Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.	94,25	0,80	4,21	0,90
14. Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.	97,70	0,81	4,30	0,76

Tabla 2 –Índice de validez de contenido; Coeficiente alfa de Cronbach; Media y desviación estándar para los ítems de la *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B*. Curitiba, PR, Brasil, 2024

(continua)

Ítems	IVC ⁺	Alfa ⁺	Media	DE\$
15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.	96,55	0,80	4,29	0,70
16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.	96,55	0,81	4,67	0,64
17. À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.	100	0,81	4,30	0,63
18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.	82,76	0,81	4,28	0,91
19. A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.	96,55	0,81	4,08	0,65
20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.	66,67	0,82	3,71	1,13
21. Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.	88,51	0,81	4,40	0,77
22. Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.	98,85	0,81	4,71	0,48
23. Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.	93,10	0,81	4,53	0,74
24. A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	78,16	0,82	3,95	1,07
25. O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.	80,46	0,80	4,18	1,25
26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.	77,01	0,81	3,71	1,28
27. Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.	86,21	0,81	4,36	0,71
28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.	93,10	0,81	4,33	0,97
29. Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.	65,52	0,82	3,11	1,26

Tabla 2 –Índice de validez de contenido; Coeficiente alfa de Cronbach; Media y desviación estándar para los ítems de la *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B*. Curitiba, PR, Brasil, 2024 (conclusión)

Ítems	IVC [†]	Alfa [‡]	Media	DES
30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.	95,40	0,81	4,39	0,58

† = Índice de validez de contenido; ‡ = Coeficiente alfa de Cronbach; § = Desviación estándar

Fuente: Los autores (2024)

En la Tabla 3 se muestra la suma de los promedios de FATCOD-B, que fue de 121 puntos, con una desviación estándar de 0,68 puntos.

Tabla 3 – Métricas generales de los ítems de la *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B*.Curitiba, PR, Brasil, 2024

Métrica	Mínimo	Máximo	Suma de las medias	Promedio de las medias	Desviación estándar de las medias
Valor	1,67	4,71	121	4,04	0,68

Fuente: Los autores (2024)

DISCUSIÓN

Se realizaron traducciones de la escala original del idioma de origen al idioma de destino. Ambas presentaron un contenido similar, a pesar de pequeñas variaciones en la elección de vocabulario y estructura de oraciones para cada traductor.

En la etapa de síntesis, se compararon las versiones traducidas y se ajustaron las discrepancias. Los traductores discutieron las opciones más adecuadas para cada ítem traducido con el objetivo de formular una única versión de síntesis, tal como lo recomiendan los autores del campo¹⁹.

De acuerdo con las las recomendaciones metodológicas, las versiones retrotraducidas fueron similares entre sí, a pese a las variaciones en cuanto al vocabulario y la estructura de las oraciones. Además, se comparó la versión original de la escala con las traducciones resultantes para garantizar que las versiones traducidas fueran adecuadas²⁰.

A lo largo de los análisis, se verificaron todos los ítems de FATCOD-B en busca de equivalencias semánticas, idiomáticas, culturales y conceptuales y se hicieron sugerencias para mejorarlas. Algunas palabras y/o frases generaron mayor discusión. En el ítem “Addiction to pain relieving medication should not be a concern when dealing with a dying person”, que se traduce como “O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida”, se cuestionó el uso de la palabra “addiction” en múltiples ocasiones. De acuerdo con las pautas de validación de contenido, los expertos eligieron “vício” en lugar de “adição” tras observar que un niño de 12 años entiende la palabra “vício”¹⁷.

La versión de prueba piloto evaluó la comprensión y aceptabilidad de la escala. Esta versión se consideró adecuada porque abarca una población de diferentes partes del país, y refleja la existencia de múltiples aspectos culturales, profesionales y académicos de los entrevistados, en concordancia con otros estudios de traducción y adaptación transcultural de escalas²¹⁻²².

La consistencia interna de la prueba piloto se verificó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y, considerando todos los ítems de la escala, el valor obtenido demostró la calidad y confiabilidad de los resultados de los ítems de la escala^{13,18,23}. Asimismo, el índice de validez de contenido obtuvo un valor global superior al mínimo recomendado para su aceptabilidad¹⁷.

Los profesionales de hasta 45 años de edad presentaron opinión formada en cuanto al hecho de suavizar el tema de la muerte frente a un paciente terminal y al sentimiento de querer huir en el momento de la muerte del paciente. Estos resultados son inconsistentes con un estudio que aplicó la escala FATCOD-B a enfermeras chilenas, el cual mostró que a mayor edad, más positivas son las actitudes de los profesionales hacia los pacientes terminales²⁴.

Se evidenció a la religión como uno de los factores asociados con las actitudes de los médicos y enfermeros respecto a la muerte. Dependiendo del ítem de la escala, se advertían cambios en la respuesta al comparar el grupo de cristianos, no cristianos y sin religión, mientras que en otros ítems la religión no interfirió en el resultado. Cabe destacar que la religión puede afectar la toma de decisiones en los cuidados al final de la vida²⁵.

Los médicos y enfermeros asociados a SBGG tenían actitudes positivas hacia la muerte y el morir, considerando que la puntuación FATCOD-BB fue de $121 \pm 0,68$. Esta puntuación fue superior a la obtenida en un estudio realizado en Italia ($115,20 \pm 7,86$)²⁶, e inferior a la puntuación de un estudio realizado en Suecia ($125,5 \pm 8,2$)²⁷.

En el presente estudio, la experiencia de pérdida promovió cambios en las actitudes de médicos y enfermeros hacia sus pacientes terminales, a diferencia de lo demostrado en un estudio realizado en Italia, España e Inglaterra, en el que las respuestas a la escala FATCOD-B no se vieron influenciadas por el duelo personal²⁸.

La importancia de esta investigación va más allá del objetivo de traducir, adaptar y validar la escala FATCOD-B al portugués brasileño, dado que la escala puede ayudar a los profesionales de la salud a lidiar con situaciones terminales. La escala se puede aplicar para identificar a los profesionales con mayor aptitud para trabajar con pacientes terminales y para evaluar las actitudes profesionales antes y después de la capacitación sobre la actuar con pacientes en la etapa final de la vida.

La escala FATCOD-BB será útil para estructurar disciplinas sobre el tema de la muerte y el morir. La preparación profesional puede reducir el síndrome de *burnout*, la ansiedad y la depresión entre los profesionales que afrontan el final de la vida. De este modo, la sociedad se beneficia de una mejor cualificación profesional y, en consecuencia, de un trato más cualificado.

A lo largo de esta investigación se presentaron algunos inconvenientes, como las dificultades para encontrar retrotraductores que participaran en la etapa del comité de expertos y profesionales de la salud que tuvieran dominio del idioma inglés acreditado en su *Curriculo Lattes*. La participación de médicos y enfermeros en la etapa de prueba piloto en línea fue limitada, con la consecuente pérdida numérica de participantes.

CONCLUSIÓN

Con base en la metodología y los resultados presentados, es posible concluir que la escala FATCOD-B ha sido traducida, validada y adaptada transculturalmente al portugués brasileño, además de presentar alta validez de contenido y consistencia interna.

Es necesario fomentar cambios en la calidad de la enseñanza sobre la muerte y el morir. A tal fin, es indispensable la planificación estratégica y la formación de los profesionales sanitarios. Se recomienda la utilización de la escala FATCOD-BB en la formación permanente sobre estos temas en los servicios de salud.

El uso de la FATCOD-BB promoverá una mayor visibilidad de la cuestión de la muerte y la asistencia a los pacientes moribundos y contribuirá a que los profesionales sanitarios comprendan sus sentimientos y las dificultades relativas a estos servicios además de favorecer el mejoramiento de la calidad de la atención que se presta a estos pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio se realizó con el apoyo de la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERENCIAS

1. Meireles AA, Amaral CD, de Souza VB, da Silva SG. On death and dying: perceptions of medical students in Northern Brazil. *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24];46(2):e057. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210081>
2. Pereira EA, Rangel AB, Giffoni JC. Identificação do nível de conhecimento em cuidados paliativos na formação médica em uma Escola de Medicina de Goiás. *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 24];43(4):65-71. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20180116>
3. de Andrade PC, Gomes AM, Spezani RS, Nogueira VP, Barbosa DJ, Bernardes MM, et al. Representação social da morte para estudantes de Enfermagem. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 22];26:e71628. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71628>
4. Melo VL, Maia CQ, Alkmim EM, Ravasio AP, Donadeli RL, de Paula LO, et al. Death and dying in Brazilian medical training: an integrative review. *Rev Bioét* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24];30(2):300-17. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302526EN>
5. Ariès P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. 1. ed. Nova Fronteira; 2021. 180 p.
6. Attafuah PY, Iddrisu I, Ninon A, Sarfo JO, Nyongator DE, Adjei CA, et al. Attitudes of nurses towards patients at the end of their life: using FATCOD-B in the ghanaian context. *European Researcher* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24];13(1):4-10. Available from: <https://doi.org/10.13187/er.2022.1.4>
7. Chen X, Zhang Y, Arber A, Huo X, Liu J, Sun C, et al. The training effects of a continuing education program on nurses' knowledge and attitudes to palliative care: a cross sectional study. *BMC Palliat Care*

[Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24];21:56. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00953-0>

8. Molinengo G, Loera B, Miniotti M, Leombruni P. Shortening the Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying Scale (FATCOD-B): a brief 9-item version for medical education and practice. J Cancer Educ [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24];37:1736–42. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13187-021-02020-3>
9. Frommelt KH. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. Am J Hosp Palliat Med [Internet]. 1991 [cited 2024 Feb 24];8(5):37-43. Available from: <https://doi.org/10.1177/104990919100800509>
10. Frommelt KH. Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. Am J Hosp Palliat Med [Internet]. 2003 [cited 2022 Dec 22];20(1):13-22. Available from: <https://doi.org/10.1177/104990910302000108>
11. Paul SS, Renu G, Thampi P. Creating a positive attitude toward dying patients among nursing students: is the current curriculum adequate? Indian J Palliat Care [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 22];25(1):142-6. Available from: <https://jpalliativecare.com/creating-a-positive-attitude-toward-dying-patients-among-nursing-students-is-the-current-curriculum-adequate/>
12. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Publ Mex [Internet]. 2013 [cited 2024 Feb 24];55(1):57-66. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100009&lng=es
13. Polit DF, Beck VT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem, avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Artmed Editora; 2018. 456 p.
14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine [Internet]. 2000 [cited 2024 Feb 24];25(24):3186-91. Available from: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
15. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz BM, contributors. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures [Internet]. Illinois, EUA: Institute for Work & Health; 2007 [cited 2024 Feb 24]; Available from: https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
16. Manzato AJ, Santos AB. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa [Internet]. São Paulo: São Paulo, Brasil: Departamento de Ciência de Computação e Estatística -IBILCE, UNESP; 2012 [cited 2024 Feb 24]. 17 p. Available from: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:gijH8qv2uJwJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5
17. Yusoff MS. ABC of content validation and content validity index calculation. Educ Med J [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 25];11(2):49-54. Available from: <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>
18. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika [Internet]. 1951 [cited 2024 Feb 25];16(3):297-334. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
19. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. Paidéia (Ribeirão Preto) [Internet]. 2012 [cited 2024 Feb 25];22(53):423-32. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
20. Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 24];26(1):50-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p50-57>
21. Guimarães RP, Alves DP, Silva GB, Bittar ST, Ono NK, Honda E, et al. Translation and cultural adaptation of the Harris Hip Score into portuguese. Acta Ortop Bras [Internet]. 2010 [cited 2024 Feb

24];18(3):142-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-78522010000300005>

22. Polesello GC, Godoy GF, Trindade CAD, Queiroz MCD, Honda E, Ono NK. Tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação do quadril MHOT. Acta Ortopédica Bras [Internet]. 2012 [cited 2024 Feb 24];20(2):88–92. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-78522012000200006>

23. Freitas ALP, Rodrigues SG. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: Anais 12th Simpósio de Engenharia de Produção [Internet]; 2005. Bauru, SP: UNESP; 2005 [cited 2024 Feb 25]. Available from: https://www.simpep.feb.unesp.br/anais_simpep_aux.php?e=12

24. Espinoza-Venegas M, Luengo-Machuca L, Sanhueza-Alvarado O. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. Aquichan [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec 22];16(4):430-46. Available from: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.3>

25. Muliira JK, Lazarus ER, Mirafuentes EC. A multi-country comparative study on palliative care knowledge and attitudes toward end-of-life care among undergraduate nursing students. J Canc Educ [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 25];38:837-44. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13187-022-02193-5>

26. Leombruni P, Miniotti M, Zizzi F, Sica C, Bovero A, Castelli L, et al. Attitudes of medical students toward the care of the dying in relation to personality traits: harm avoidance and self-directedness make a difference. Am J Hosp Palliat Med [Internet]. 2015 [cited 2022 Dec 22];32(8):824-8. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909114542101>

27. Henoch I, Browall M, Melin-Johansson C, Danielson E, Udo C, Johansson Sundler A, et al. The Swedish version of the Frommelt attitude toward care of the dying scale: aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. Cancer Nurs [Internet]. 2014 [cited 2024 Feb 25];37(1):E1-11. Available from: <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318279106b>

28. Ferri P, Di Lorenzo R, Stifani S, Morotti E, Vagnini M, Jiménez Herrera MF, et al. Nursing student attitudes toward dying patient care: a European multicenter cross-sectional study. Acta Biomed [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 25];92(Suppl 2):e2021018. Available from: <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11403>

APÊNDICE

VERSÃO BRASILEIRA DA FATCOD-B SCALE (FATCOD-B-B)

Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores que não são da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito a cuidar de pessoa em fase final de vida e/ou sua família. Onde há referência a paciente em fase final de vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida. Favor circular a afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.

- 1 - Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 2 - A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 3 - Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 4 - O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 5 - Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 6 - Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 7 - Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 8 - Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 9 - É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 10 - Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final de vida.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 11 - Quando um paciente pergunta "estou morrendo?", acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 12 - A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 13 - Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 14 - Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
- 15 - Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.
Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

16 - As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

17 - À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

18 - As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

19 - A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

20 - As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

21 - Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

22 - Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

23 - Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

24 - A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

25 - O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

26 - Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

27 - Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

28 - Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

29 - Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

30 - Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

*Cuidador que não é da família é qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente em fase final de vida sem ser seu familiar. Últimos 4 dígitos do número de seu CPF: _____. O preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento em ser participante de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.

Translation and validation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B***ABSTRACT**

Objective: To translate and cross-culturally adapt the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B into Brazilian Portuguese and to assess its content validity and internal consistency. **Method:** A methodological study developed in online format during 2021 and 2022 with participation of experts in the topic of "death" and sworn translators from Brazil. It involved the following stages: Translation; Synthesis; Back-translation; Review by an experts' committee; Pre-test; and Final version. **Results:** After the translation process, internal consistency was verified using Cronbach's alpha reliability coefficient, which reached 0.81. The overall Content Validity Index was 88.27, higher than the minimum required for acceptability. **Conclusion:** The Brazilian version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B Scale presented sufficient metrics to be applied in Brazil. Use of the scale will contribute to increasing visibility regarding the issue of death and assistance to dying patients.

DESCRIPTORS: Validation Study; Translation; Death; Health Assessment; Health Personnel.

*Artículo extraído de la tesis de maestría: "Tradução, validação e adaptação transcultural da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B para o português brasileiro", Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil, 2023.

Recibido en: 04/05/2024

Aprobado en: 06/01/2025

Editor asociado: Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi

Autor correspondiente:

João Alberto Martins Rodrigues

Universidade Federal do Paraná

Av. Pref. Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, 3º andar – Jardim Botânico

morgadinho70@hotmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **dos Santos TF, Lenardt MH, Pintarelli VL, Rodrigues JAM, Cechinel C.** Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **dos Santos TF, Lenardt MH, Pintarelli VL, Rodrigues JAM, Cechinel C.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **dos Santos TF, Lenardt MH, Pintarelli VL, Rodrigues JAM, Cechinel C.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).