

## ORIGINAL BREVE

Recibido: 30 de junio de 2021  
Aceptado: 7 de octubre de 2021  
Publicado: 8 de octubre de 2021

## TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO *HEALTHCARE TASK DIFFICULTY (HCTD)* *AMONG OLDER-ADULTS WITH MULTIMORBIDITY*

Beatriz Fernández-Rubio (1), Marta Mejías-Trueba (1), Aitana Rodríguez-Pérez (1), Gemma Fernández-Rubio (2),  
María Dolores Nieto-Martín (3) y Clara López-Hermoso (1)

(1) Unidad de Gestión Clínica Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

(2) Departamento de Neuropsicología y Psicofarmacología. Facultad de Psicología y Neurociencia. Universidad de Maastricht. Maastricht. Países Bajos.

(3) Unidad de Gestión Clínica Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

### RESUMEN

**Fundamentos:** El incremento de las enfermedades crónicas como consecuencia del aumento en la esperanza de vida, hace necesario disponer de herramientas que permitan analizar la dificultad que presentan los pacientes con multimorbilidad, a la hora de realizar tareas relacionadas con la asistencia sanitaria. Con este fin, se llevó a cabo una traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario *Healthcare Task Difficulty (HCTD) among Older Adults with Multimorbidity*.

**Métodos:** Traducción directa y retrotraducción llevadas a cabo por dos traductores, seguidas de una síntesis y adaptación por parte de un tercer traductor. Posterior creación de un panel de expertos con el fin de garantizar la equivalencia conceptual, semántica y de contenido entre la versión original y la española. A continuación, se realizó una evaluación de la comprensión del cuestionario en español en una muestra de pacientes de edad avanzada con múltiples patologías.

**Resultados:** Se obtuvo la versión española del cuestionario HCTD (HCTD-E). La dificultad global encontrada por los traductores para hallar una expresión equivalente entre ambos idiomas fue baja. En la fase de síntesis y adaptación, se resolvieron 4 discrepancias con el fin de utilizar una terminología más cercana a nuestro sistema sanitario. El análisis de comprensibilidad se efectuó sobre una muestra de 10 pacientes, mayores y con multimorbilidad en seguimiento por Medicina Interna, el cual demostró una comprensibilidad excelente.

**Conclusiones:** Se trata de la primera adaptación transcultural al español del cuestionario HCTD. La metodología utilizada mediante traducción directa, retrotraducción y adaptación por parte de un tercer traductor y un panel de expertos, ha demostrado un alto nivel de comprensibilidad de la herramienta HCTD-E medida a través de entrevistas cognitivas realizadas en una muestra de pacientes.

**Palabras clave:** Cuestionario, Multimorbilidad, Retrotraducción, Castellano.

Correspondencia:  
Marta Mejías Trueba  
Unidad de Gestión Clínica Farmacia  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
Avenida Manuel Siurot, s/n  
41013 Sevilla, España  
martamejiatrueba@hotmail.com

### ABSTRACT

#### Transcultural translation and adaptation into spanish of the questionnaire “Healthcare task difficulty (HCTD) among older-adults with multimorbidity”

**Background:** The increase in chronic diseases as a consequence of the rising life expectancy calls for tools that allow us to analyze the difficulty that patients with multimorbidity present when performing healthcare-related tasks. To this end, we carried out a cross-cultural translation and adaptation into Spanish of the questionnaire “Healthcare Task Difficulty (HCTD) among Older Adults with Multimorbidity.”

**Methods:** Direct translation and back translation were made, followed by a synthesis and adaptation by a third translator and a panel of experts in order to guarantee the conceptual, semantic, and content equivalence between the original questionnaire and the Spanish version. Additionally, an evaluation of the comprehension of the questionnaire in Spanish was carried out in a sample of elderly patients with multimorbidity.

**Results:** The Spanish version of the HCTD questionnaire (HCTD-E) was obtained. The overall difficulty of the translators to find an equivalent expression between both languages was low. In the synthesis and adaptation part, four discrepancies were resolved (two of them were adapted in order to use a terminology closer to our health system and the other two were completed with different examples). The comprehensibility analysis was conducted in a sample of ten elderly patients with multimorbidity, and they showed an excellent comprehensibility.

**Conclusions:** This is the first cross-cultural adaptation to Spanish of the HCTD questionnaire. The methodology used through direct translation, back-translation and adaptation by a third translator and a panel of experts demonstrated a high level of comprehensibility of the HCTD-E, which was measured with cognitive interviews in a sample of patients.

**Key words:** Questionnaire, Multimorbidity, Back translation, Spanish.

Cita sugerida: Fernández-Rubio B, Mejías-Trueba M, Rodríguez-Pérez A, Fernández-Rubio G, Nieto-Martín MD, López-Hermoso C. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario *Healthcare task difficulty (HCTD) among older-adults with multimorbidity*. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 8 de octubre e202110167.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la esperanza de vida a nivel global ha aumentado considerablemente, lo que ha supuesto un incremento relevante en el número de personas de edad avanzada que padecen enfermedades crónicas<sup>(1,2)</sup>. Así pues, tanto los pacientes como sus familiares o cuidadores deben responsabilizarse del manejo de múltiples enfermedades, lo que a su vez, implica asumir el incremento en la complejidad de los tratamientos farmacológicos concomitantes. De esta forma, se ha desarrollado el término “*carga del tratamiento*”, el cual hace referencia al impacto en el funcionamiento y bienestar del paciente, impuesto por las demandas de tiempo y energía de sí mismo y de su cuidador, englobando los tratamientos farmacológicos y los distintos aspectos del autocuidado, tales como el control de la salud, la dieta y el ejercicio<sup>(3,4)</sup>.

Entre los numerosos factores que influyen en la carga del tratamiento, destaca la dificultad para llevar a cabo las tareas relacionadas con la asistencia sanitaria, la cual cobra especial relevancia en pacientes de edad avanzada con multimorbilidad<sup>(5)</sup>. Con el fin de conocer la perspectiva de este tipo de pacientes, se ha desarrollado y se ha evaluado la comprensibilidad de un cuestionario denominado *Healthcare Task Difficulty (HCTD) among Older Adults with Multimorbidity*<sup>(6)</sup>. La escala se basa en 8 preguntas, con 3 más opcionales, que generan un resultado entre 0 (ninguna dificultad) y 16 puntos (máxima dificultad en la realización de todos los ítems). El análisis de la escala demostró que, a mayor carga de enfermedad, mayor puntuación final, lo que implica que la complejidad en la toma de decisiones relacionadas con la asistencia sanitaria y la autogestión, se eleva al incrementarse el número de enfermedades crónicas. Además, el resultado de la escala HCTD también es mayor en pacientes con peor estado mental y físico, menor nivel de estudios y bajos recursos económicos. Resultados

similares fueron demostrados en el desarrollo de otra escala posterior, validada en pacientes jóvenes con múltiples patologías<sup>(7)</sup>.

Con el fin de poder aplicar en nuestro entorno sanitario el cuestionario HCTD, es necesario su adaptación transcultural. Este proceso abarca tanto la traducción al español como la adaptación a la cultura española. A través de esta rigurosa metodología, se garantiza la equivalencia entre la herramienta original y su versión española<sup>(8)</sup>.

El objetivo de este estudio fue adaptar transculturalmente al español y analizar la comprensibilidad del cuestionario HCTD (HCTD-E), para poder medir la dificultad de pacientes con multimorbilidad a la hora de realizar tareas relacionadas con la asistencia sanitaria.

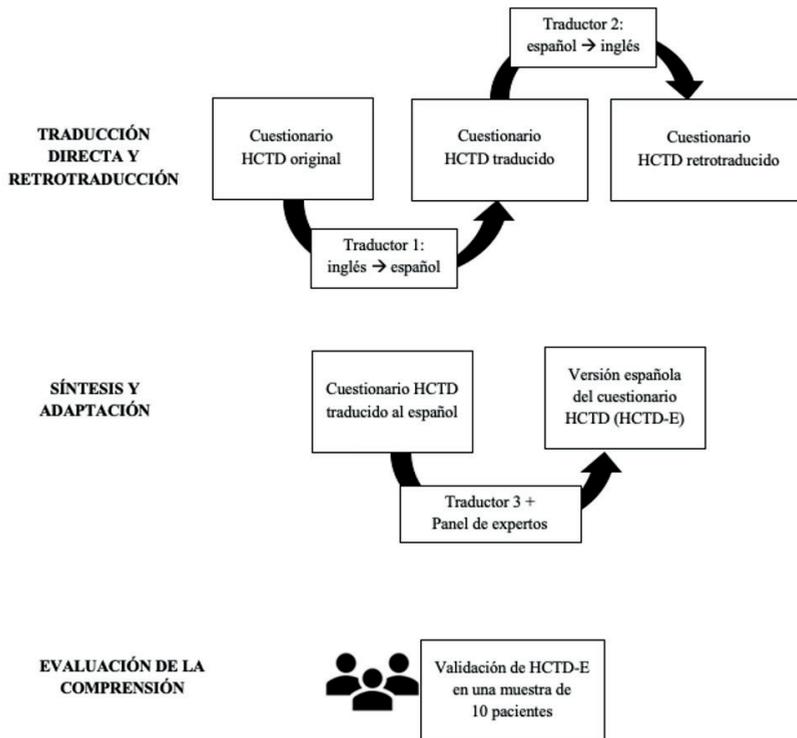
## MATERIAL Y MÉTODOS

El equipo investigador, se puso en contacto con la autora del cuestionario original, que autorizó la adaptación transcultural del mismo. Para llevarla a cabo, se siguieron las directrices de la Organización Mundial de la Salud<sup>(9)</sup>, las cuales garantizaban una equivalencia semántica y no literal entre la versión original y el cuestionario traducido. Asimismo, se consultaron diversos cuestionarios retrotraducidos que habían empleado dicha metodología<sup>(10,11,12)</sup>.

Para ello, se realizó una traducción directa e inversa, seguida de una síntesis y adaptación transcultural mediante una metodología cualitativa. Finalmente, se ejecutó un análisis de la comprensibilidad de la herramienta mediante entrevistas cognitivas en una muestra de la población a la que se dirige el cuestionario (figura 1).

**Traducción directa e inversa:** Para obtener la primera versión de la herramienta, un traductor llevó a cabo la traducción directa. Este traductor tenía como lengua materna el español,

**Figura 1**  
**Esquema general del proceso de traducción-retrotraducción.**  
**Adaptación de González-Bueno *et al*<sup>(1)</sup>.**



aunque dominaba tanto la cultura como el idioma original del cuestionario (inglés). A continuación, un segundo traductor, en este caso con lengua materna inglesa y con dominio fluido del español pero ciego al cuestionario original, realizó la traducción inversa o retrotraducción. Ambos eran traductores profesionales e independientes del equipo investigador. Además, el primer traductor era un profesional sanitario.

Posteriormente los traductores de forma independiente puntuaron cada ítem del cuestionario empleando la escala Likert (del 1 al 5, siendo 5 el mayor grado de dificultad), para así valorar el grado de dificultad a la hora de hallar

una expresión conceptualmente equivalente entre ambos idiomas.

**Síntesis y adaptación:** Una vez obtenida la versión traducida y retrotraducida del cuestionario, se contactó con un tercer traductor español nativo y con dominio de la cultura e idioma anglosajón, quien revisó ambas versiones y resolvió discrepancias.

A continuación, el equipo investigador constituyó un panel de expertos compuesto por cuatro sanitarios con experiencia en pacientes con multimorbilidad. Este equipo clasificó las 11 preguntas del cuestionario en función de

la dificultad (baja: 1-2 puntos, moderada: 3-4 puntos o alta: 5 puntos) que habían presentado los dos traductores iniciales en encontrar una expresión conceptualmente equivalente entre ambos idiomas. Para cada ítem del cuestionario se calculó el promedio de las puntuaciones de ambos traductores. Se llevó a cabo una nueva traducción y retrotraducción de los ítems de dificultad alta. La correlación entre las puntuaciones otorgadas por cada traductor se analizó mediante el coeficiente de correlación lineal de Pearson, con el fin de valorar el grado de concordancia (mayor o menor dificultad) entre los traductores. Finalmente, cada ítem de la versión original del cuestionario HCTD fue comparado con los de la versión en inglés retrotraducida para identificar posibles discrepancias. En caso de encontrarse, el equipo investigador consensuó una expresión alternativa para esa pregunta en concreto. Finalmente, el cuestionario propuesto en español se envió a dos clínicos especialistas en Medicina Interna, expertos en pacientes con multimorbilidad, que revisaron la correcta comprensión de todos los ítems.

**Análisis de la comprensibilidad:** La última etapa consistió en la evaluación de la comprensibilidad del cuestionario traducido. Para ello, se utilizó una muestra de 10 pacientes con el objetivo de confirmar la correcta comprensión de la versión española del cuestionario HCTD. Así pues, se seleccionaron 10 pacientes con multimorbilidad, de edad igual o superior a 65 años, y en seguimiento por el Servicio de Medicina Interna. La muestra se caracterizó mediante variables demográficas (sexo, edad y nivel de estudios: sin estudios, educación obligatoria, estudios medios o superiores) y clínicas (número de medicamentos prescritos en el momento de la entrevista y patologías previas). Los datos demográficos y clínicos se extrajeron de la historia clínica electrónica hospitalaria.

Los pacientes tenían que indicar para cada pregunta del cuestionario el grado de compren-

sibilidad mediante una escala cualitativa (entiende/no entiende/no encuentra útil). A los pacientes que indicaron falta de comprensión de algún ítem, se les pidió que propusieran una expresión alternativa. El requisito de comprensibilidad establecido para cada uno de los ítems del cuestionario fue  $\geq 80\%$ .

**Aspectos éticos:** El estudio no solicitó la aprobación por parte del Comité de Ética local, debido a que el análisis de comprensibilidad del cuestionario en los pacientes no tenía ninguna repercusión sobre su tratamiento médico o atención sanitaria posterior. Sin embargo, sí se les preguntó a todos ellos si estaban dispuestos a participar en la realización de la encuesta, dando todos su consentimiento verbal.

## RESULTADOS

El grado de dificultad resultante (medido mediante el promedio y la desviación estándar) en la traducción directa y la retrotraducción del encabezamiento y de las 11 preguntas fue de  $2 \pm 1$  y  $1 \pm 0,3$ , respectivamente. Así pues, se obtuvo una dificultad baja. Respecto al total de ítems analizados, el 70% fueron de dificultad baja y el 30% moderada para el proceso de traducción directa, y el 100% de dificultad baja para la retrotraducción. No se observó una correlación estadísticamente significativa ( $r=0,670$ ;  $p>0,05$ ) entre las puntuaciones de ambos traductores. Por tanto, no hubo concordancia entre el grado de dificultad observado por ambos.

Tras el análisis por parte del panel de expertos, se resolvieron las discrepancias entre las versiones resultantes de la traducción directa e inversa y el cuestionario original, y finalmente se decidieron emplear términos de uso común en nuestro sistema sanitario. Así pues, de los 11 ítems que contiene la herramienta, 4 fueron adaptados en base a las propuestas del equipo investigador sobre la traducción directa: el ítem 1 del cuestionario original, que usa la expresión

“*managing medical bills*”, fue adaptado como “*gestionar visados u otras prestaciones*”, puesto que la expresión “*facturas médicas*” hace referencia a una situación que se da con muy baja frecuencia en nuestro sistema sanitario, mayoritariamente público o concertado. En cuanto al ítem 2, “*scheduling medical appointments*” se adaptó como “*gestionar las citas médicas*”, ya que, aunque la traducción literal sería “*programar o concertar citas*”, se consideró que, en la dinámica de nuestro sistema, los pacientes normalmente tienen una revisión propuesta por los médicos y ellos no suelen decidir la fecha de la misma. Respecto al ítem opcional

10, “*difficulty obtaining medical equipment*”, se adaptó como “*conseguir material sanitario*” y además se añadieron algunos ejemplos (material ortopédico, pañales...) con el fin de facilitar la comprensión a de los pacientes. El último ítem opcional, “*difficulty obtaining community services*”, también se intentó aclarar añadiendo ejemplos que clarificaran qué engloban los servicios comunitarios (enfermera de enlace, trabajador social, grupos de apoyo...).

La versión adaptada al español del cuestionario HCTD, el cuestionario HCTD-E, se muestra en la **tabla 1**.

**Tabla 1**  
**Cuestionario para la Valoración de la Dificultad de las Tareas Relacionadas con la Atención Sanitaria (HCTD-E).**

Valore la dificultad que le supone la realización de las siguientes tareas, teniendo en cuenta la ayuda que pueda necesitar:

1. Gestionar recetas, visados u otras prestaciones.
2. Gestionar las citas médicas.
3. Planificar el transporte necesario para acudir a su cita médica.
4. Contactar con médicos, enfermeros y demás personal sanitario.
5. Conseguir el tratamiento prescrito.
6. Planificar el horario para tomar la medicación.
7. Tomar su medicación.
8. Tomar decisiones sobre su tratamiento: omitir, aumentar, disminuir o suspender medicamentos.
9. Seguir la dieta recomendada.
10. Adquirir material sanitario (ejemplos: material ortopédico, pañales...).
11. Gestionar servicios comunitarios (ejemplos: enfermera de enlace, trabajador social, grupos de apoyo...).

Respecto a los 10 pacientes sobre los que se realizó el análisis de comprensibilidad, 6 fueron hombres y la media de edad fue de  $76\pm 9$  años. En cuanto al nivel de estudios, dos no tenían estudios, cinco habían completado la enseñanza obligatoria, uno poseía estudios medios y dos tenían estudios superiores. Todos eran pacientes con multimorbilidad, con una media de  $5\pm 2$  patologías (siendo las más prevalentes, hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y dislipemia) y en tratamiento crónico con una media de  $7\pm 4$  medicamentos, lo que se consideraría paciente polimedcado. En el análisis, se cumplió el requisito de comprensibilidad establecido en todos los casos, detectándose una comprensibilidad del 100% en todos los ítems a excepción del ítem 2, que fue clasificado como “no entiende” por dos pacientes.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue la adaptación transcultural del cuestionario HCTD, puesto que, hasta la actualidad no se disponía de una herramienta en español que permitiera conocer la dificultad que presentan los de pacientes con multimorbilidad para realizar tareas relacionadas con la asistencia sanitaria. La importancia de conocer esa dificultad ha sido incluida en el diseño de guías de práctica clínica<sup>(13)</sup> y se ha medido con anterioridad en pacientes paliativos y con patologías específicas<sup>(14,15,16)</sup>. Sin embargo, hasta el desarrollo de HCTD, no existía ninguna herramienta que midiera la percepción de los pacientes mayores con multimorbilidad para el abordaje de dichas tareas<sup>(17)</sup>. Esto se traduce en una mayor complejidad a la hora de implantar posibles mejoras en los puntos críticos. Por consiguiente, se trata de un cuestionario de gran importancia para este grupo de pacientes, cada vez más prevalente y de mayor relevancia para los sistemas sanitarios<sup>(18,19,20)</sup>. La disponibilidad de una versión en español, el HCTD-E, permitirá su aplicación fiable en, al menos, las poblaciones de pacientes que se desenvuelven

en español estándar de los más de 400 millones de habitantes del planeta que tienen ese idioma como lengua materna.

Para su desarrollo, no se han tenido que realizar modificaciones relevantes en el contenido del cuestionario, ya que sus enunciados son cortos y sencillos. En su lugar, se han realizado pequeñas adaptaciones que se efectúan comúnmente al llevar a cabo adaptaciones transculturales<sup>(21,22)</sup>. Algunos de estos cambios, como el uso de ejemplos en los ítems 10 y 11, no han modificado el objetivo de la herramienta, sino que, por el contrario, su comprensión se ha visto facilitada, tal y como se demostró en el análisis de comprensibilidad posterior.

Con respecto a los pacientes incluidos en el análisis de comprensibilidad, se realizó en pacientes de avanzada edad, ya que éstos son los que tienen una mayor probabilidad de desarrollar múltiples patologías concomitantes y, por tanto, de someterse a una alta carga de tratamiento farmacológico y asistencia sanitaria. Las variables demográficas (sexo, edad y nivel de estudios: sin estudios, educación obligatoria, estudios medios o superiores) y clínicas (número de medicamentos prescritos en el momento de la entrevista y patologías previas) fueron seleccionadas para caracterizar la muestra asemejándola lo máximo posible a la utilizada en la validación del cuestionario original. Respecto al nivel de estudios, se incluyó al menos un representante de cada grupo. Se obtuvieron resultados satisfactorios que demostraron un alto entendimiento del cuestionario HCTD-E.

Todo el proceso que condujo a la obtención de la versión final, se ha basado en las recomendaciones recogidas en la bibliografía<sup>(9,10)</sup>. Antes de comenzar el desarrollo, se contactó con la autora principal del cuestionario original para obtener su autorización y confirmar que la retrotraducción no se hubiera llevado a cabo previamente o se estuviera en ejecución. Respecto

a las fases de traducción, tanto directa como inversa, se contó con traductores profesionales que trabajaron de manera independiente. A continuación, el panel de expertos, conformado por farmacéuticos hospitalarios especializados en Medicina Interna, puso en común el trabajo de traducción y retrotraducción, garantizando la equivalencia conceptual, semántica y técnica entre el cuestionario original y la versión en español. Finalmente, dos médicos especialistas en Medicina Interna revisaron la versión final para asegurar la correcta comprensión de todos los ítems.

Sin embargo, este estudio presenta ciertas limitaciones: en primer lugar, dada la sencillez de las preguntas del cuestionario, se llevó a cabo una versión simplificada de la fase de síntesis y adaptación siguiendo el ejemplo de publicaciones previas<sup>(12,13)</sup>. En segundo lugar, el grado de dificultad que el traductor directo y el traductor inverso asignaron a cada uno de los ítems no fue concordante, aunque este hecho no fue de gran relevancia dada la revisión posterior por parte de un tercer traductor junto con un panel de expertos. Por otro lado, el análisis de comprensibilidad se realizó íntegramente en un único centro y en una muestra de pacientes limitada. Esto hace que la proporción de varones observada en la muestra sea inusualmente elevada para una población de edad avanzada, o que haya una excesiva variabilidad en el número de medicamentos crónicos. Sin embargo, no se pudo encontrar ninguna guía que detallara el número mínimo de pacientes necesario para realizar el análisis de comprensibilidad o la forma ideal de llevarlo a cabo, por lo que se hizo en base a artículos similares previamente publicados<sup>(10,12)</sup>. Por tanto, no se ha realizado una validación formal del cuestionario en español. Por último, tanto el proceso de retrotraducción como la evaluación de la comprensión, se realizaron en un contexto de idioma español estándar, por lo que, en poblaciones con una prevalencia de dialectos, hablas o variantes del

español muy acusadas, la validez externa del HCTD-E podría verse comprometida.

No obstante, dada la excelente comprensibilidad lograda, no se consideró necesaria la aplicación de un mayor número de entrevistas o el empleo de un diseño multicéntrico. Por último, los pacientes entrevistados fueron de edad avanzada, población en la que se validó el cuestionario HCTD original, sin que haya habido representación de pacientes de otros grupos etarios.

Para concluir, el desarrollo de HCTD-E ha demostrado su utilidad para conocer, de forma práctica y sencilla, la percepción de los propios pacientes con múltiples patologías respecto a la realización de tareas relacionadas con la asistencia sanitaria. Debe ser tenido en cuenta como una herramienta de gran utilidad que aportará información relevante sobre este grupo de pacientes cuando se aplique de forma estandarizada en el futuro.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a Romina Muñoz y a Eva López Cabello, por su colaboración en la adaptación transcultural del cuestionario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Souza DLB, Oliveras-Fabregas A, Minobes-Molina E, de Camargo Cancela M, Galbany-Estragués P, Jerez-Roig J. Trends of multimorbidity in 15 European countries: a population-based study in community-dwelling adults aged 50 and over. *BMC Public Health*. 2021;7;21(1):76. doi: 10.1186/s12889-020-10084-x
2. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev*. 2013;35:75-83. doi:10.1093/epirev/mxs009
3. Alsadah A, van Merode T, Alshammari R, Kleijnen J. A systematic literature review looking for the definition

- of treatment burden. *Heliyon*. 2020.7;6(4):e03641. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e03641
4. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009.11;339:b2803. doi: 10.1136/bmj.b2803
5. Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Ferrucci L, Mercer SW, Marengoni A, Onder G *et al*. Multimorbidity and functional impairment-bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways. *J Intern Med*. 2019. 285(3):255-271. doi: 10.1111/joim.12843
6. Boyd CM, Wolff JL, Giovannetti E, Reider L, Weiss C, Xue QL *et al*. Healthcare task difficulty among older adults with multimorbidity. *Med Care*. 2014. 52;3(0 3):S118-25. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182a977da
7. Duncan P, Murphy M, Man MS, Chaplin K, Gaunt D, Salisbury C. Development and validation of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire (MTBQ). *BMJ Open*. 2018. 12;8(4):e019413. doi:10.1136/bmjopen-2017-019413
8. Sousa VD, Rojjanasirirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011. 17(2):268-274. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x
9. World Health Organization. Official WHO process of translation and adaptation of research instruments, [consultado 20 April 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/); 2016.
10. Valdelamar-Jiménez J, Sánchez-Pedraza R. Traducción y adaptación transcultural de la escala Life Orientation Test-Revised (LOT-R) para medir optimismo disposicional en cuidadores de pacientes con cáncer en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2017. 35(2): 216-224. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a06>
11. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2017;49(8):459-464. doi:10.1016/j.aprim.2016.11.008
12. Guisado-Gil AB, López-Hermoso C, Ramírez-Duque N, Fernández-Rubio G, Muñoz R, Santos-Rubio MD *et al*. Cross-cultural adaptation to the Spanish version of the “Structured History of Medication Use” questionnaire for medication reconciliation at admission. *Med Clin (Barc)*. 2021. 18:S0025-7753(20)30873-3. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2020.10.020
13. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P *et al*. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008. 26;336(7650):924-6. doi: 10.1136/bmj.39489.470347
14. Advani S, Braithwaite D. Optimizing selection of candidates for lung cancer screening: role of comorbidity, frailty and life expectancy. *Transl Lung Cancer Res*. 2019. 8(4):S454-S459. doi: 10.21037/tlcr.2019.10.03
15. Gallacher K, May CR, Montori VM, Mair FS. Understanding patients’ experiences of treatment burden in chronic heart failure using normalization process theory. *Ann Fam Med*. 2011. 9(3):235-243. doi: 10.1370/afm.1249.
16. Ishii H, Shin K, Tosaki T, Haga T, Nakajima Y, Shiraiwa T *et al*. Reproducibility and Validity of a Questionnaire Measuring Treatment Burden on Patients with Type 2 Diabetes: Diabetic Treatment Burden Questionnaire (DTBQ). *Diabetes Ther*. 2018. 9(3):1001-1019. doi: 10.1007/s13300-018-0414-4
17. Eton DT, Linzer M, Boehm DH, Vanderboom CE, Rogers EA, Frost MH *et al*. Deriving and validating a brief measure of treatment burden to assess person-centered healthcare quality in primary care: a multi-method study. *BMC Fam Pract*. 2020. 28;21(1):221. doi: 10.1186/s12875-020-01291-x
18. Damarell RA, Morgan DD, Tieman JJ. General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMC Fam Pract*. 2020. 1;21(1):131. doi: 10.1186/s12875-020-01197-8

19. Nguyen H, Manolova G, Daskalopoulou C, Vitoratou S, Prince M, Prina AM. Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Comorb*. 2019. 22;9:2235042X19870934. doi: 10.1177/2235042X19870934
20. Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, Blaum CS, Dodson JA, Green AR *et al*. Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2019. 67(4):665-673. doi: 10.1111/jgs.15809
21. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años [Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age]. *Med Clin (Barc)*. 2001. 30;117(4):129-134. Español. doi: 10.1016/s0025-7753(01)72040-4
22. Ojeda B, Salazar A, Dueñas M, Failde I. Traducción y adaptación al castellano del Cuestionario de Detección de Trastorno Cognitivo Leve [Translation and adjustment into Spanish language of the screening tool for mild cognitive impairment]. *Med Clin (Barc)*. 2012. 21;138(10):429-434. Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2011.08.007