



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Facultad de Medicina

Programa de doctorado de Biomedicina, Investigación Traslacional y Nuevas
Tecnologías en Salud

**Actitudes de los pacientes hacia la deprescripción de medicamentos.
Validación de la versión española del cuestionario revised Patients' Attitudes
Towards Deprescribing (rPATD)**

TESIS DOCTORAL

Autor

José Ignacio de Juan Roldán

Director y tutor

Dr. Antonio J. García Ruiz

Director

Dr. Enrique Gavilán Moral

Málaga, 2022



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: José Ignacio de Juan Roldán

 <https://orcid.org/0000-0003-1780-5975>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

Declaración de autoría y originalidad de la tesis presentada para obtener el título de doctor

D. José Ignacio de Juan Roldán, estudiante del Programa de Doctorado de Biomedicina, Investigación Traslacional y Nuevas Tecnologías en Salud de la Universidad de Málaga, autor de la Tesis Doctoral presentada para la obtención del título de Doctor por la Universidad de Málaga titulada:

“Actitudes de los pacientes hacia la deprescripción de medicamentos. Validación de la versión española del cuestionario revised Patients’ Attitudes Towards Deprescribing (rPATD)”,

realizada bajo la tutorización y dirección de D. Antonio J. García Ruiz y la dirección de D. Enrique Gavilán Moral,

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo ante la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 8 de abril de 2022.

Fdo.: José Ignacio de Juan Roldán Doctorando	Fdo.: Antonio J. García Ruiz Tutor
Fdo.: Antonio J. García Ruiz Director de tesis	Fdo.: Enrique Gavilán Moral Director de tesis

Aval de los directores de la tesis doctoral

Dr. D. Antonio J. García Ruiz, tutor y director, Profesor Titular de Farmacología y Terapéutica Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga.

Dr. D. Enrique Gavilán Moral, director, médico de familia en el consultorio Mirabel, Equipo de Atención Primaria Serradilla (Cáceres), del Servicio Extremeño de Salud.

CERTIFICAN:

Que D. José Ignacio de Juan Roldán ha realizado personalmente y bajo nuestra dirección el trabajo de Tesis Doctoral **“Actitudes de los pacientes hacia la deprescripción de medicamentos. Validación de la versión española del cuestionario revised Patients’ Attitudes Towards Deprescribing (rPATD)”**, habiendo los que lo suscriben revisado y avalado esta Tesis y estando conforme con su presentación para ser juzgada.

Para que conste, se expide esta certificación en Málaga, a 8 de abril de 2022.

Fdo.: D. Antonio J. García Ruiz

Fdo.: D. Enrique Gavilán Moral

Financiación del estudio

La financiación del presente proyecto de investigación así como de las publicaciones científicas que constituyen la base de la presente Tesis Doctoral proviene de las siguientes ayudas a la investigación:

- Beca Isabel Fernández de ayuda a la realización de tesis doctorales de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) (convocatoria 2017).
- Beca Isabel Fernández de ayuda a tesis doctorales de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) (convocatoria 2017).

Y de la colaboración del Laboratorio de Prácticas Innovativas en Polimedicación y Salud (Polimedicado.org).

Agradecimientos

Detrás de esta tesis doctoral hay trabajo, esfuerzo y apoyo de muchas personas. Me gustaría mostrarles en estas líneas mi más sincero agradecimiento:

A mis directores de tesis. Antonio J. García, por haberme abierto las puertas de la Universidad de Málaga y haber confiado en el proyecto todos estos años. A Enrique Gavilán, por haberte cruzado en mi vida laboral y sobre todo personal. Ha sido un honor haber sido vuestro doctorando.

A mis compañeros, amigos y revisores informales Alba, Marcos y Clara. Sin ellos, todos estos años habrían sido otra cosa mucho más aburrida.

A Francisca Leiva, mi maestra en el mundo de la investigación, que siempre ha tenido la puerta del despacho abierta.

A Mercedes, Paco y Rocío, mis tutores del centro de salud Palma-Palmilla, que me acogieron desde el primer día y me iniciaron en el camino de la Medicina Familiar y Comunitaria.

A los trabajadores de los centros de salud Palma-Palmilla, Alameda-Perchel y Victoria, por haber colaborado con el proyecto, y muy en especial a sus directores, Nieves, Jesús y María José, por hacerme siempre las cosas más fáciles.

A mi familia, lo mejor que tengo. En especial a mis padres. Todo lo que soy se lo debo a ellos.

A mi compañera de viaje, Bárbara. Por tu apoyo, paciencia y cariño incondicional.

A los pacientes y cuidadores que han participado en el estudio. La verdadera razón de ser de este proyecto.

A Sci-hub (Alexandra Elbakyan). Gracias por hacer la ciencia más accesible a todo el mundo.

“A la Sanidad Pública y sus profesionales, nuestro mayor tesoro”.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Índice de tablas	17
Índice de figuras	21
Resumen	23
1 Antecedentes y estado actual del tema	27
1.1 La polimedicación	29
1.1.1 Concepto y epidemiología de la polimedicación	29
1.1.2 Factores asociados a la polimedicación	31
1.1.3 Consecuencias de la polimedicación	32
1.1.4 Estrategias para el manejo de la polimedicación	35
1.2 La deprescripción de medicamentos	37
1.2.1 Origen y definiciones	37
1.2.2 Modelos teóricos de deprescripción	38
1.3 Barreras y facilitadores de la deprescripción	40
1.3.1 Factores que dependen del contexto cultural, social o sanitario	40
1.3.2 Factores que dependen de los profesionales	42
1.3.3 Factores que dependen de la relación entre profesional sanitario y paciente o cuidador	43
1.3.4 Factores que dependen de los pacientes y cuidadores	45
a) Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos	45
b) Visiones sobre el proceso de deprescripción	45
c) Influencias internas y externas	46
d) Emociones del paciente y/o cuidador	46
e) Otros factores dependientes del paciente y/o cuidador	47
1.4 Cuestionarios sobre actitudes hacia la deprescripción	47
1.4.1 Cuestionario <i>Patients' Attitudes towards Deprescribing</i> (PATD) (2013)	48
1.4.2 Cuestionario <i>Prescribers' Perceptions of Medication Discontinuation</i> (2016)	48
1.4.3 Cuestionario <i>Patient Perceptions of Deprescribing</i> (PPoD) (2016)	49
1.4.4 Cuestionario <i>Patient Perceptions of Deprescribing</i> (PPoD) reducido (2020)	50
1.4.5 Cuestionario <i>Perceptions, Attitudes, and Challenges of Physicians Towards Deprescribing</i> (PACPD-12) (2018)	50

1.5 Cuestionario <i>Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing</i> (rPATD) (2016).....	51
2 Justificación	55
3 Objetivos.....	59
Objetivo general.....	61
Objetivos específicos.....	61
4 Material y métodos.....	63
4.1 Validación cualitativa.....	66
4.1.1 Traducción directa.....	67
4.1.2 Síntesis.....	67
4.1.3 Traducción inversa	68
4.1.4 Consolidación	68
4.1.5 Pilotaje.....	69
4.2 Análisis de las propiedades psicométricas	70
4.2.1 Diseño.....	70
4.2.2 Ámbito del estudio	70
4.2.3 Participantes y criterios de selección	70
4.2.4 Tamaño muestral	71
4.2.5 Selección de la muestra.....	71
4.2.6 Variables del estudio	72
4.2.7 Recogida de datos	77
4.2.8 Validez	77
4.2.8.1 Validez de constructo: análisis factorial confirmatorio.....	77
4.2.8.2 Validez de criterio.....	85
4.2.9 Fiabilidad	87
4.2.9.1 Consistencia interna	87
4.2.9.2 Fiabilidad test-retest	88
4.2.10 Puntuación del cuestionario.....	89
4.2.11 Análisis estadístico de los datos y paquetes estadísticos.....	89
4.3 Consideraciones éticas	90
5 Resultados.....	91
5.1 Validación cualitativa.....	93
5.1.1 Traducción directa.....	93

5.1.2 Síntesis.....	93
5.1.3 Traducción inversa	93
5.1.4 Consolidación	98
5.1.5 Pilotaje.....	101
5.2 Análisis de las propiedades psicométricas	101
5.2.1 Características de la muestra	101
5.2.1 Validez	105
5.2.1.1 Validez de constructo: análisis factorial confirmatorio.....	105
5.2.1.2 Validez de criterio.....	139
5.2.2 Fiabilidad	140
5.2.2.1 Consistencia interna	140
5.2.2.2 Fiabilidad test-retest	141
5.2.3 Tiempo en completar el cuestionario	143
5.2.4 Análisis de las respuestas. Actitudes de pacientes y cuidadores hacia la deprescripción.....	143
5.3 Versión final de la versión española del cuestionario rPATD.....	146
6 Discusión	147
6.1 Discusión de los métodos	149
6.1.1 Validación cualitativa del cuestionario.....	149
6.1.2 Análisis de las propiedades psicométricas	150
6.1.2.1 Selección de la muestra y tamaño muestral	150
6.1.2.2 Validez	152
6.1.2.3 Fiabilidad	154
6.1.3 Sesgos en el empleo de cuestionarios.....	156
6.2 Discusión de los resultados	157
6.2.1 Validación cualitativa del cuestionario.....	157
6.2.2 Validez	158
6.2.2.1 Validez de constructo	158
6.2.2.2 Validez de criterio.....	161
6.2.3 Fiabilidad	162
6.2.3.1 Consistencia interna	162
6.2.3.2 Fiabilidad test-retest	162
6.2.4 Tiempo empleado en completar el cuestionario	164

6.2.5 Actitudes de los pacientes y cuidadores hacia la deprescripción	164
6.3 Uso futuro en investigación y en la práctica clínica	169
6.3.1 Aspectos prácticos en el empleo del cuestionario	169
6.3.2 Uso en investigación.....	170
6.3.3 Uso en la práctica clínica	171
6.3.4 Retos futuros	172
7 Conclusiones.....	175
8 Bibliografía	179
9 Anexos	199
Anexo 1. Abreviaturas y acrónimos empleados a lo largo del texto por orden alfabético.....	201
Anexo 2a. Versión original del cuestionario rPATD. Versión para pacientes.....	203
Anexo 2b. Versión original del cuestionario rPATD. Versión para cuidadores	207
Anexo 3. Sistema ATC (Anatómica, Terapéutica, Química) de clasificación de fármacos	211
Anexo 4a. Subescala específica de <i>preocupación</i> de la versión española del cuestionario Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ). Versión para pacientes	215
Anexo 4b. Subescala específica de <i>preocupación</i> de la versión española del cuestionario Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ). Versión para cuidadores	219
Anexo 5. Cuaderno de recogida de datos	223
Anexo 6. Hoja de información al paciente y consentimiento informado	229
Anexo 7a. Traducción directa inglés – español. Versión para pacientes	235
Anexo 7b. Traducción directa inglés – español. Versión para cuidadores.....	239
Anexo 8a. Versión de síntesis. Versión para pacientes.....	243
Anexo 8b. Versión de síntesis. Versión para cuidadores	245
Anexo 9a. Traducción inversa. Versión para pacientes	247
Anexo 9b. Traducción inversa. Versión para cuidadores	251
Anexo 10a. Valoración por grupo de expertos. Versión para pacientes.....	255
Anexo 10b. Valoración por grupo de expertos. Versión para cuidadores	265
Anexo 11a. Análisis de comentarios y propuestas. Fase de pilotaje. Versión para pacientes	275
Anexo 11b. Análisis de comentarios y propuestas. Fase de pilotaje. Versión para cuidadores.....	281
Anexo 12a. Versión española del cuestionario rPATD. Versión para pacientes	285
Anexo 12b. Versión española del cuestionario rPATD. Versión para cuidadores.....	289
Anexo 13. Actividad científica que avala la tesis doctoral	293

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Consecuencias de la polimedicación y del uso inadecuado de medicamentos	34
Tabla 2. Análisis de los ítems del cuestionario rPATD en base a las barreras y facilitadores de la deprescripción dependientes de los pacientes y cuidadores	52
Tabla 3. Variables sociodemográficas recogidas en el estudio.....	73
Tabla 4. Variables clínicas recogidas en el estudio	75
Tabla 5. Valoración de los traductores 3 y 4 acerca del grado de dificultad en la traducción. Versión para pacientes	94
Tabla 6. Valoración de los traductores 3 y 4 acerca del grado de dificultad en la traducción. Versión para cuidadores.....	95
Tabla 7. Valoración del grado de equivalencia traducción inversa – original. Versión para pacientes	96
Tabla 8. Valoración del grado de equivalencia traducción inversa – original. Versión para cuidadores	97
Tabla 9. Valoración del grupo de expertos acerca del grado de comprensibilidad (C) y equivalencia (E). Versión para pacientes.....	99
Tabla 10. Valoración del grupo de expertos acerca del grado de comprensibilidad (C) y equivalencia (E). Versión para cuidadores	100
Tabla 11. Análisis descriptivo de las características de los participantes en el estudio	102
Tabla 12. Análisis descriptivo de los fármacos de los sujetos de estudio.....	104
Tabla 13. Resultados del test de Mardia de normalidad multivariante. Versión para pacientes...	105
Tabla 14. Resultados del test de Mardia de normalidad multivariante. Versión para cuidadores	105
Tabla 15. Resultados del test de Anderson-Darling de normalidad univariante. Versión para pacientes	106
Tabla 16. Resultados del test de Anderson-Darling de normalidad univariante. Versión para cuidadores	107
Tabla 17. Índices de ajuste del modelo inicial. Versión para pacientes	111
Tabla 18. Cargas estimadas de los factores del modelo inicial. Versión para pacientes.....	112
Tabla 19. Correlaciones estandarizadas entre factores del modelo inicial. Versión para pacientes	113

Tabla 20. Diferencias entre las matrices de varianzas-covarianzas empírica e implícita del modelo inicial. Versión para pacientes.....	116
Tabla 21. Valores superiores de índices de modificación del modelo inicial. Versión para pacientes	117
Tabla 22. Parámetros para evaluar la fiabilidad del modelo inicial. Versión para pacientes	117
Tabla 23. Validez de discriminación del modelo inicial estimada en función de omega. Versión para pacientes	118
Tabla 24. Validez de discriminación del modelo inicial basada en el criterio HTMT. Versión para pacientes	118
Tabla 25. Índices de ajuste del modelo inicial. Versión para cuidadores	120
Tabla 26. Cargas estimadas de los factores del modelo inicial. Versión para cuidadores.....	121
Tabla 27. Correlaciones estandarizadas entre factores del modelo inicial. Versión para cuidadores	122
Tabla 28. Diferencias entre las matrices de varianzas-covarianzas empírica e implícita del modelo inicial. Versión para cuidadores	125
Tabla 29. Valores superiores de índices de modificación del modelo inicial. Versión para cuidadores	126
Tabla 30. Parámetros para evaluar la fiabilidad del modelo inicial. Versión para cuidadores.....	126
Tabla 31. Validez de discriminación del modelo inicial estimada en función de omega. Versión para cuidadores	127
Tabla 32. Validez de discriminación del modelo inicial basada en el criterio HTMT. Versión para cuidadores	127
Tabla 33. Índices de ajuste del modelo seleccionado. Versión para pacientes	129
Tabla 34. Cargas estimadas de los factores del modelo seleccionado. Versión para pacientes	130
Tabla 35. Correlaciones estandarizadas entre factores del modelo seleccionado. Versión para pacientes	131
Tabla 36. Diferencias entre las matrices de varianzas-covarianzas empírica e implícita del modelo seleccionado. Versión para pacientes	133
Tabla 37. Parámetros para evaluar la fiabilidad del modelo seleccionado. Versión para pacientes	134
Tabla 38. Índices de ajuste del modelo seleccionado. Versión para cuidadores.....	135
Tabla 39. Cargas estimadas de los factores del modelo seleccionado. Versión para cuidadores..	135

Tabla 40. Correlaciones estandarizadas entre factores del modelo seleccionado. Versión para cuidadores	136
Tabla 41. Diferencias entre las matrices de varianzas-covarianzas empírica e implícita del modelo seleccionado. Versión para cuidadores.....	138
Tabla 42. Parámetros para evaluar la fiabilidad del modelo seleccionado. Versión para cuidadores	139
Tabla 43. Validez de discriminación del modelo seleccionado basada en el criterio HTMT. Versión para cuidadores.....	139
Tabla 44. Análisis de la validez de criterio. Versión para pacientes y para cuidadores.....	140
Tabla 45. Valores de alfa de Cronbach para los factores del cuestionario. Versión para pacientes y para cuidadores.....	141
Tabla 46. Resultado del análisis de la fiabilidad test-retest. Versión para pacientes y para cuidadores	142
Tabla 47. Análisis descriptivo de las respuestas a la versión española del cuestionario rPATD. Versión para pacientes y para cuidadores	144

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tendencias internacionales en la prevalencia de polimedicación en adultos mayores	30
Figura 2. Diagrama de Ishikawa de factores que determinan la polimedicación	32
Figura 3. Diagrama de flujo del progreso a través de la fase de validación cualitativa y del análisis de las características psicométricas del cuestionario	66
Figura 4. Representación del modelo del análisis factorial confirmatorio	80
Figura 5. Correlaciones robustas entre los ítems del cuestionario. Versión para pacientes.....	108
Figura 6. Correlaciones robustas entre los ítems del cuestionario. Versión para cuidadores.....	109
Figura 7. Diagrama del modelo inicial con el valor estimado de los parámetros estandarizados. Versión para pacientes.....	114
Figura 8. Diagrama del modelo inicial con el valor estimado de los parámetros no estandarizados. Versión para pacientes.....	115
Figura 9. Diagrama del modelo inicial con el valor estimado de los parámetros estandarizados. Versión para cuidadores.....	123
Figura 10. Diagrama del modelo inicial con el valor estimado de los parámetros no estandarizados. Versión para cuidadores.....	124
Figura 11. Diagrama del modelo seleccionado con el valor estimado de los parámetros estandarizados. Versión para pacientes.....	132
Figura 12. Diagrama del modelo seleccionado con el valor estimado de los parámetros estandarizados. Versión para cuidadores	137
Figura 13. Respuestas a la versión española del cuestionario rPATD. Versión para pacientes.....	145
Figura 14. Respuestas a la versión española del cuestionario rPATD. Versión para cuidadores....	146

RESUMEN

Objetivos: el éxito de la deprescripción depende en gran medida de los factores relacionados con los pacientes. El cuestionario *revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing* (rPATD) fue desarrollado con el objetivo de evaluar las creencias y actitudes de pacientes y cuidadores hacia la deprescripción de medicamentos. En el presente estudio se planteó la validación de la versión española del cuestionario rPATD, tanto en su versión para pacientes como para cuidadores, a través de un proceso de validación cualitativa y el subsiguiente análisis de sus propiedades psicométricas. A continuación, se llevó a cabo el análisis de las actitudes de pacientes y cuidadores hacia la deprescripción según las respuestas de los sujetos de estudio.

Diseño: estudio descriptivo transversal de validación de un instrumento de medida.

Emplazamiento: Atención Primaria en Málaga (España).

Participantes: una muestra de 120 sujetos (60 pacientes polimedicados y 60 cuidadores de pacientes) fueron seleccionados para participar en el estudio a través de un muestreo consecutivo.

Variables principales: en la fase de validación cualitativa, el cuestionario rPATD se sometió a una traducción-retrotraducción y a un proceso de adaptación transcultural para evaluar su factibilidad y validez aparente. A continuación, se evaluaron sus propiedades psicométricas. El análisis factorial confirmatorio se empleó para evaluar la validez de constructo. La consistencia interna se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se analizó la validez de criterio a través de hipótesis predefinidas con la subescala de *preocupación* del cuestionario *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ), así como la fiabilidad test-retest. El análisis de las actitudes de pacientes y cuidadores hacia la deprescripción se llevó a cabo mediante el cálculo de las frecuencias y medidas de tendencia central de las respuestas al cuestionario.

Resultados: tras el proceso de validación cualitativa se obtuvo la primera versión en español del cuestionario rPATD. El análisis factorial confirmatorio verificó la estructura del cuestionario original, cuyos ítems cargaron en cuatro factores: *implicación*, *carga*, *idoneidad* y *preocupación sobre el cese*. El coeficiente alfa de Cronbach para los factores varió de 0.683 a 0.879. Los factores *carga*, *idoneidad* y *preocupación sobre el cese* se correlacionaron con la subescala de *preocupación* del cuestionario BMQ de forma estadísticamente significativa, excepto el factor *preocupación sobre el cese* de la versión para pacientes, cuya correlación no presentó significación estadística. La consistencia de los

ítems entre administraciones (fiabilidad test-retest) mostró valores de kappa de Cohen ponderado que variaron desde moderados (>0.4) a muy buenos (>0.8). Los ítems generales acerca de la posibilidad de dejar de tomar un medicamento si el médico lo indicase y sobre el grado de satisfacción con los medicamentos presentaron una tasa de respuestas positivas del 81.6% y del 79.1%, respectivamente, en la versión para pacientes, y del 85.5% y 86.7%, respectivamente, en la versión para cuidadores.

Conclusiones: la versión española del cuestionario rPATD demostró ser un instrumento factible, válido y fiable para evaluar las actitudes hacia la deprescripción en pacientes y cuidadores hispanohablantes, tanto en el campo de la investigación como en la práctica clínica diaria. Aunque los pacientes y cuidadores que participaron en el estudio declararon un nivel alto de satisfacción con sus medicamentos, mostraron una predisposición favorable a la deprescripción.

SUMMARY

Objectives: successful deprescribing depends largely on factors related to the patient. The revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire was developed with the objective of evaluating the beliefs and attitudes of older adults and caregivers towards deprescribing. The present study was designed to validate a Spanish version of the rPATD questionnaire, both the versions for patients and for caregivers, through a qualitative validation phase and the analysis of its psychometric properties. Next, the analysis of the attitudes of patients and caregivers towards deprescribing was carried out according to the responses of the study subjects.

Design: cross-sectional validation study.

Setting: Primary Care in Málaga (Spain).

Participants: a sample of 120 subjects (60 patients with polypharmacy and 60 caregivers of patients with polypharmacy) were enrolled in the study through consecutive sampling.

Main outcome measures: in the qualitative validation stage, the rPATD questionnaire was translated/back-translated and subjected to a cross-cultural adaptation to evaluate its face validity and feasibility. Next, its psychometric properties were assessed. Confirmatory factor analysis was used to evaluate construct validity. Internal consistency was determined using Cronbach's alpha test. Criterion validity through pre-established hypotheses from the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) Specific-Concerns scale, and test-retest reliability were analysed. The analysis of the attitudes of patients and caregivers towards deprescribing was conducted by calculating the frequencies and measures of central tendency of the responses to the questionnaire.

Results: after the qualitative validation stage, the first Spanish version of the rPATD questionnaire was obtained. Confirmatory factor analysis verified the structure of the original rPATD questionnaire, with items loading into four factors: *involvement*, *burden*, *appropriateness* and *concerns about stopping*. The Cronbach's alpha coefficient of the factors ranged from 0.683 to 0.879. The *burden*, *appropriateness* and *concerns about stopping* factors were significantly correlated with the BMQ Specific-Concerns score, except for the *concerns about stopping* factor in the patients' version, whose correlation was not statistically significant. The consistency of the items between administration times (test-retest reliability) showed weighted Cohen's kappa values ranging from moderate (>0.4) to very good (>0.8). Global items about the possibility of stopping a medication if

the doctor indicated it and about the degree of satisfaction with the medication showed a positive response rate of 81.6% and 79.1%, respectively, in the patients' version, and 85.5% and 86.7%, respectively, in the caregivers' version.

Conclusions: the Spanish version of the rPATD questionnaire is a feasible, valid, and reliable instrument to evaluate attitudes towards deprescribing in Spanish-speaking patients and caregivers, both in research and in daily clinical practice. Although the patients and caregivers who participated in the study declared a high level of satisfaction with their medications, they showed a favourable predisposition to deprescribing.

1 | ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1 | La polimedicación

1.1.1 | Concepto y epidemiología de la polimedicación

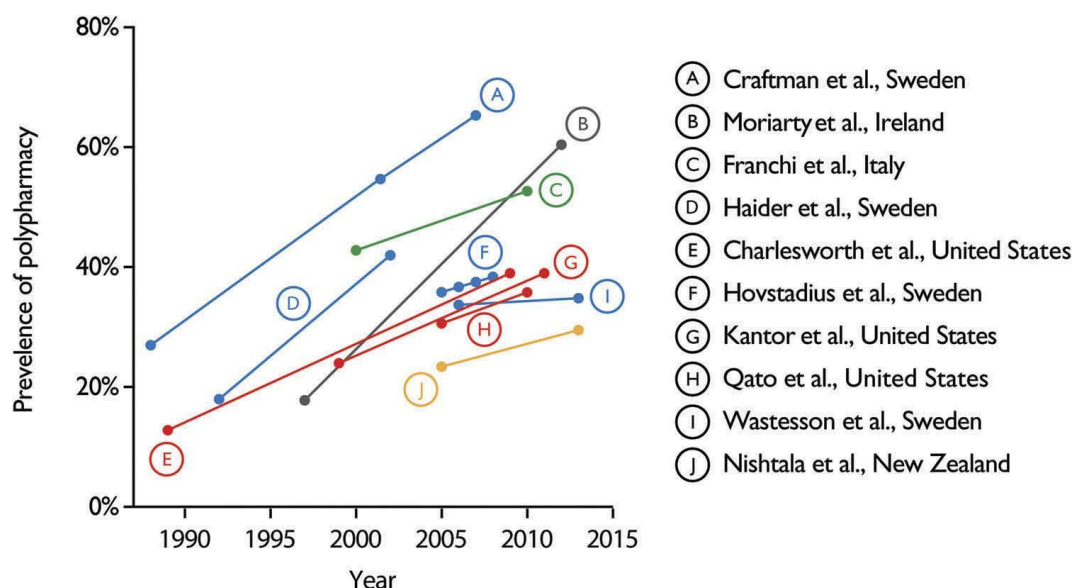
Se entiende el concepto de polimedicación como la toma simultánea de múltiples fármacos diferentes en un mismo paciente de forma continuada (1). Existe una aproximación cuantitativa, centrada en el número total de fármacos prescritos, que establece un límite de cinco como predictor de riesgo para efectos adversos y consecuencias negativas en la salud. Este punto de corte varía según la bibliografía consultada, con un rango que va desde dos a once fármacos diarios (2). Algunos autores estratifican el número de fármacos según la edad. Así, se podría considerar un límite de dos medicamentos entre los 30 y 49 años, tres medicamentos entre los 50 y 64 años y cinco medicamentos entre los 65 y 75 años (3). La aproximación cualitativa, más aceptada, tiene en cuenta el complejo fenómeno de la polimedicación y se centra en el consumo de fármacos inadecuados o clínicamente no indicados (2).

Se diferencian **dos patrones en los pacientes polimedicados**. Por un lado, el paciente diagnosticado de una sola enfermedad para la que se prescriben varios medicamentos —como puede ocurrir en un paciente con un diagnóstico de trastorno mental grave—. Por otro, el paciente mayor pluripatológico con varios diagnósticos y uno o varios medicamentos para cada diagnóstico —como ocurre en un paciente hipertenso, con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca— (4).

La prevalencia de la polimedicación está **aumentando en todo el mundo**. Se calcula que más de la mitad de los adultos mayores están expuestos a polimedicación en algunos países. Su prevalencia ha crecido en Irlanda del 17.8% al 60.4% en 15 años (5), en Italia del 42.8% al 52.7% en una década (6) y en los Países Bajos del 3.1% al 8.0% en los últimos 15 años (7). Esta tendencia se confirma en los estudios publicados en otros países de nuestro entorno (**Figura 1**) (8). En Latinoamérica se alcanzan cifras de prevalencia similares según estudios llevados a cabo en Argentina (9), México (10) y Brasil (11,12).

La coyuntura es semejante si nos referimos al concepto de polimedicación en su aproximación cualitativa: se estima que hasta un 20% de las prescripciones en ancianos en Atención Primaria podrían ser inadecuadas (13).

Figura 1. Tendencias internacionales en la prevalencia de polimedicación en adultos mayores



Fuente: “International trends in the prevalence of polypharmacy in older adults”, extraído sin modificar de Wastesson et al. (2018) (8), licencia CC BY 4.0 (<https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1546841>).

La prevalencia de **polimedicación en España** depende de las series estudiadas. Un estudio desarrollado en centros de salud de Andalucía estimó una prevalencia en pacientes mayores de 65 años del 49.6%, con un consumo medio de 8.7 fármacos por paciente (14). Otro estudio desarrollado en un ámbito similar mostró que el 42% de los pacientes cumplía criterios de polifarmacia y un 56.3% cumplía criterios de prescripción inapropiada (15). La tendencia al alza observada en otros países se confirma en España: el número de pacientes que reciben cinco o más medicamentos se ha multiplicado por tres en la década 2005-2015 —pasando del 2.5% al 8.9%—. El número de pacientes que reciben diez o más medicamentos se ha multiplicado por diez —incrementándose del 0.1% al 1%—, con un aumento mayor en mujeres y en personas de 80 años o más (16).

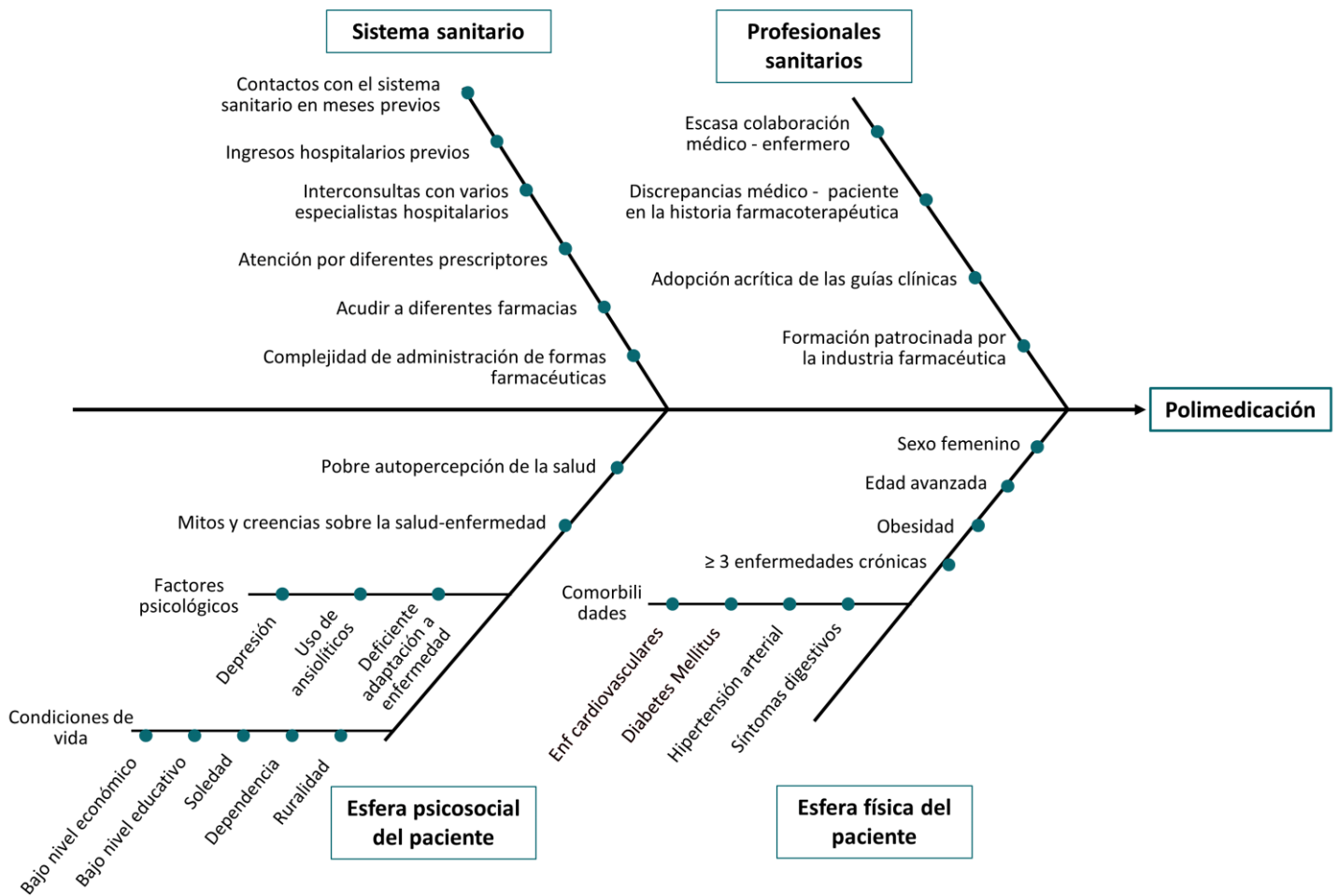
En términos cualitativos, un estudio realizado en Málaga mostró que más de un tercio de los pacientes atendidos en Atención Primaria presentaban al menos un criterio de prescripción inadecuada (17). Otro similar llevado a cabo en Lleida mostró que al menos el 50% de la población mayor de 70 años tenía una o más prescripciones potencialmente inadecuadas (18).

1.1.2 | Factores asociados a la polimedicación

Los motivos que explican el fenómeno de la polimedicación son complejos y se atribuyen, entre otras causas, al aumento en la expectativa de vida, la intensificación en la farmacoterapia y la expansión del mercado de fármacos preventivos. A esto hay que unirle el aumento de prevalencia de enfermedades crónicas y del número de pacientes con multimorbilidad (19). La Encuesta Nacional de Salud de España 2017 halló las siguientes cifras de prevalencia en lo relativo a factores de riesgo cardiovascular y otras enfermedades crónicas: hipertensión arterial (prevalencia del 19.8%), colesterol elevado (17.9%), obesidad (17.4%) y diabetes (7.8%). Todos ellos presentaron un aumento igual o superior a un punto porcentual en comparación con la última encuesta, confirmando la tendencia alcista observada desde 1993 (20).

Determinados factores se asocian a un aumento de la polimedicación. Para analizar este problema es necesario poner el foco no sólo en factores de **índole sanitaria**, sino en otros relacionados con **la esfera psicológica, social y familiar** del paciente. En el diagrama de Ishikawa (**Figura 2**) se analizan las causas de la polimedicación y el uso de fármacos inapropiados en base a los factores dependientes del sistema sanitario, de los profesionales sanitarios y de la esfera psicosocial y física del paciente.

Figura 2. Diagrama de Ishikawa de factores que determinan la polimedicación



Fuente: elaboración propia a partir de Moen *et al.* (3), Howard *et al.* (21), Pappa *et al.* (22), Khezrian *et al.* (23), Nwadiugwu *et al.* (24), Rieckert *et al.* (25), Haider *et al.* (26) y Mintzes *et al.* (27).

1.1.3 | Consecuencias de la polimedicación

La polimedicación se configura como un importante factor de riesgo para múltiples eventos adversos. Por un lado, el aumento del número de fármacos y el consecuente aumento de complejidad terapéutica conlleva una disminución en la adherencia y un mayor número de errores en la toma de medicación (28). Por otro, los efectos adversos y las interacciones medicamentosas también aumentan con el número de medicamentos. Esto acarrea con frecuencia nuevas prescripciones para tratar efectos interpretados erróneamente como nuevos procesos, fenómeno conocido como cascada terapéutica (29). A la conjunción de polimedicación, uso de medicamentos

potencialmente inadecuados (MPI) e interacciones fármaco-fármaco se le ha denominado **triada iatrogénica** (30).

Esta serie de efectos intermedios tiene importantes **consecuencias directas sobre la salud**. El estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (estudio APEAS) estimó que el 48.2% de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria están causados por la medicación y que el 59.1% de estos fueron evitables (31). La polimedicación se ha relacionado con un mayor riesgo de sufrir caídas en ancianos, una mayor morbilidad crónica, una peor funcionalidad física y un deterioro en la calidad de vida y en la autopercepción de salud (32–34). La asociación entre polimedicación y aumento de la mortalidad se ha evidenciado en diversos estudios, entre los que se incluye un reciente metaanálisis (35–37). Otros estudios, sin embargo, ponen en duda esta relación y establecen la complejidad del régimen terapéutico, más que la polimedicación, como predictor de mortalidad (38–40).

Además, este fenómeno tiene una considerable repercusión a nivel de **consumo de recursos sanitarios**. En primer lugar, por el aumento en el gasto farmacéutico: la receta farmacéutica es, junto a los servicios hospitalarios y especializados y los servicios primarios de salud, uno de los tres pilares del gasto sanitario en España. Este gasto en farmacia se sitúa en los últimos años en torno al 15-20% del gasto sanitario —15.7% en 2019 (41)—. En segundo, por el incremento de otros costes sanitarios directos e indirectos consecuencia de la propia polimedicación: aumento del riesgo de hospitalización, de reingresos y mayor probabilidad de que el periodo de hospitalización sea más prolongado (42).

Las consecuencias de la polimedicación van más allá de las meramente clínicas o económicas. En la **Tabla 1** se detallan consecuencias de la polimedicación en relación a diferentes ámbitos.

Tabla 1. Consecuencias de la polimedicación y del uso inadecuado de medicamentos

Consecuencias clínicas
Disminución adherencia terapéutica
Aumento de efectos adversos
Interacciones fármaco-fármaco y medicamento-enfermedad
Riesgo de hospitalización, tiempo de ingreso y probabilidad de reingreso
Riesgo de caídas y lesiones provocadas por las mismas
Disminución de funcionalidad física
Deterioro de calidad de vida relacionada con la salud
Aumento de la morbilidad
Aumento de la mortalidad
Consecuencias legales
Responsabilidad civil en caso de daños resarcibles
Responsabilidad penal por imprudencia o dejación de funciones
Consecuencias éticas
Deterioro de la relación clínica
Pérdida de confianza en la asistencia sanitaria
Consecuencias sociales
Alteraciones en el rol y funciones sociales del individuo
Consecuencias económicas
Gastos directos: gasto farmacéutico (hospitalario y por receta), consultas y hospitalizaciones por efectos adversos, pruebas diagnósticas
Costes sanitarios no directos: cuidados y adaptaciones domiciliarias por discapacidades
Costes indirectos: productividad perdida asociada al daño producido por los medicamentos
Costes intangibles: daño moral, disminución de calidad vida, deterioro del bienestar
Consecuencias en la política sanitaria y en salud públicas
Medidas legislativas y administrativas
Políticas y planes de salud

Fuente: adaptado de Gavilán *et al.* (43).

1.1.4 | Estrategias para el manejo de la polimedicación

En la última década se han desarrollado múltiples estrategias para hacer frente al problema de la polimedicación. El *Health Council of Canada* clasificó estas intervenciones en seis grandes grupos (44):

- **Intervenciones dirigidas al prescriptor y otros profesionales sanitarios:** tienen como fin modificar el comportamiento del profesional sanitario que prescribe el medicamento. Destaca el *academic detailing* a través de formadores entrenados en la materia, los recordatorios por escrito o mediante sistemas de alarma en la historia clínica electrónica, la formación entre iguales (*peer education*), la distribución de material formativo (escrito o electrónico) de forma pasiva y los procesos de auditoría por parte de los servicios de farmacia. Suelen presentarse agrupadas en forma de intervenciones multifaceta que incluyen dos o más actuaciones.

La revisión sistemática de la medicación fue incluida en el documento *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como una recomendación para optimizar la terapia farmacológica en pacientes polimedificados (45). Una práctica habitual ha sido el envío de listados de pacientes y la identificación de MPI según diferentes criterios, habitualmente por los servicios de farmacia, en el ámbito de la Atención Primaria (46–50).

- **Incentivos financieros para prescriptores, pacientes y otros actores:** incentivos económicos por parte de los sistemas públicos de salud o de organizaciones privadas que proveen servicios sanitarios. Su objetivo es mejorar la calidad de la prescripción y transformar la práctica clínica. Pueden ser directos —orientados al prescriptor—, o indirectos —orientados al paciente o al farmacéutico—. Destacan los sistemas de reembolso para prescriptores, los copagos o el manejo del presupuesto en medicamentos (por ejemplo, mediante la instauración de techos de gasto).

- **Intervenciones dirigidas a pacientes y cuidadores:** actuaciones llevadas a cabo en diferentes puntos de contacto con el sistema sanitario. Por ejemplo, los sistemas de ayuda para la toma de decisiones, los servicios de información basada en la evidencia o las campañas de divulgación-concienciación.

- **Intervenciones dirigidas al sistema sanitario y al entorno de práctica clínica:** aquellas que modifican la estructura de los sistemas de prestación de atención sanitaria. Son ejemplos las actuaciones a nivel de sistemas (mejora continua de la calidad, farmacovigilancia, *disease*

management), los sistemas de apoyo a la decisión clínica, los registros electrónicos y gestión del conocimiento o la creación de formularios por comisiones de expertos.

- **Intervenciones a nivel regulador y de control:** actuaciones a nivel legislativo y reglamentario que tratan de modificar la prestación de los servicios de salud.
- **Intervenciones dirigidas a otros actores:** actuaciones dirigidas a otros entes que contribuyen a un uso seguro, apropiado y eficaz de los medicamentos: fabricantes y distribuidores de productos farmacéuticos, proveedores de software, voluntarios de organizaciones de salud u organizaciones que trabajan con personas mayores.

A nivel de la **práctica clínica** existen cuatro grandes grupos de intervenciones que se pueden desarrollar para manejar la polimedicación: medidas que inciden en la formación de los profesionales, sistemas informatizados de ayuda en la toma de decisiones, intervenciones basadas en la revisión farmacoterapéutica e intervenciones multidisciplinarias o multifaceta.

Diversas revisiones han analizado la utilidad de estas intervenciones en el manejo de la polimedicación. Kaur *et al.* destacaron como las actuaciones más efectivas las intervenciones educativas, los sistemas de apoyo informatizados, las revisiones de medicamentos por parte de farmacéuticos, el enfoque por parte de servicios de geriatría con equipos multidisciplinarios y las políticas regulatorias (51).

Más recientemente, la revisión de Cooper *et al.* (52) y la revisión Cochrane de 2014 y su posterior actualización de 2018 (53,54) hallaron resultados similares: aunque estas intervenciones pudieran resultar en mejoras en la prescripción en algunos casos, no está claro que conllevaran mejoras en términos clínicamente significativos (efectos adversos relacionados con la medicación, ingresos hospitalarios o calidad de vida). Un estudio llevado a cabo en cuatro países europeos que empleaba un sistema de apoyo informático junto a los criterios STOPP-START para identificar prescripciones potencialmente inadecuadas demostró conseguir una reducción de las mismas, pero sin lograr efectos en el número de caídas, de ingresos hospitalarios ni en mejora de la calidad de vida (55).

Una característica común de los mencionados abordajes clásicos para el manejo de la polimedicación es que **se centraban en el fármaco**. No tenían en cuenta aspectos clínicos (juicio clínico sobre si el medicamento estaba indicado o no) ni relacionados con la persona (si existía acuerdo con el profesional sanitario sobre la modificación del régimen terapéutico o si se adaptaba a las necesidades del paciente). La mayoría de estas intervenciones se realizaban de forma externa a la atención al paciente con un carácter meramente cuantitativo. Además, en muchos casos las

desarrollaban profesionales que no formaban parte del equipo que establecía el tratamiento y posterior seguimiento del paciente.

Se precisaba de un modelo que se adaptase más a la persona y su entorno. Que tuviese en cuenta las preferencias del paciente y aspectos clínicos relacionados con su enfermedad y con la indicación de los medicamentos. En este contexto surge la deprescripción.

1.2 | La deprescripción de medicamentos

1.2.1 | Origen y definiciones

El término deprescripción (*deprescribing*) apareció por primera vez en la literatura científica en el año 2003 de la mano de Woodward. Ya en su artículo se planteaba un esquema básico que consistía en la revisión de la medicación, la identificación de MPI, el establecimiento de un plan de retirada y la revisión y apoyo constante al paciente (56). Desde ese momento el número de publicaciones relacionadas con el término ha ido creciendo exponencialmente, si bien no se introdujo como descriptor *Medical Subject Headings* (MeSH) —tesauro empleado por el motor de búsqueda *PubMed*—, hasta 2016 bajo la denominación “*Deprescriptions*”.

No existe una definición única del término deprescripción. El interés que ha generado en los últimos años ha hecho que existan múltiples acepciones según el matiz y la aproximación al término que le ha imprimido cada autor. Para Hardy *et al.* se trata de “suspender medicamentos innecesarios o dañinos a través de un proceso individualizado que tiene en cuenta el funcionamiento físico, las comorbilidades, las preferencias y el estilo de vida del paciente” (57). Para Manias se trata de “la revisión del régimen terapéutico para identificar medicamentos innecesarios o inapropiados que podrían interrumpirse o reducirse en dosis o frecuencia” (58). Para Lindsay *et al.* es “la racionalización de medicamentos que proporcionan un beneficio limitado a los pacientes, debido a los factores médicos y del paciente, cambiantes a lo largo del tiempo” (59). En España, para Gavilán Moral *et al.* la deprescripción es “un proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su análisis tratando de resolver sus paradojas” (60).

En 2015 Reeve *et al.* realizaron una revisión sistemática para analizar las diferentes definiciones del término y proponer una de consenso. Se analizaron 37 artículos que contenían otras tantas definiciones para deprescripción y consensuó la siguiente definición: “proceso de retirada de un

medicamento inapropiado, supervisado por un profesional sanitario, con el fin de manejar la polimedición y mejorar los resultados” (61).

A pesar de lo heterogéneo de las definiciones, por lo general existen dos conceptos comunes a todas ellas. El primero es la **adecuación terapéutica**. Puede definirse como aquella parte de la terapéutica del paciente en la que mediante la indicación, prescripción, dispensación, administración y seguimiento, el profesional sanitario puede conseguir unos resultados apropiados a las condiciones y circunstancias del propio paciente y del conjunto de la comunidad (62). El segundo tiene que ver con la **revisión de la medicación**. La *Pharmaceutical Care Network Europe* (PCNE) definió este término como una “evaluación estructurada de los medicamentos de un paciente con el objetivo de optimizar su uso y mejorar los resultados de salud, lo que implica detectar problemas relacionados con los fármacos y recomendar intervenciones” (63).

La conjunción de ambos términos describe un proceso que toma su punto de partida en el conocimiento del estado y situación del paciente, y se sigue por un diagnóstico correcto de sus principales problemas de salud hasta la indicación o no de un determinado fármaco. Por tanto, cuando nos referimos al término deprescripción, se describe un proceso singular y continuo (prescripción-deprescripción) que necesariamente tiene que adaptarse a cada persona y a cada circunstancia. El resultado final será una intervención razonada que, teniendo en cuenta la situación vital y clínica del paciente, considere la indicación, selección, dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos, la adición de otros o la selección de medidas no farmacológicas (43).

La definición consensuada por Reeve ha estado vigente estos años, hasta que dos recientes publicaciones han cuestionado el concepto en su sentido más amplio con la propuesta de incluir la evaluación de los resultados en salud de esta intervención (64,65).

1.2.2 | Modelos teóricos de deprescripción

El modelo teórico del que se parta va a determinar la forma de llevar a cabo la deprescripción. La pregunta fundamental que todo clínico se realiza cuando se enfrenta a la deprescripción es qué fármaco se debe retirar. Como respuesta a esta pregunta y para identificar los MPI surgen una serie de listados (sistema explícitos —basados en criterios—) y algoritmos (sistemas implícitos —basados en juicios clínicos—) que Hortal Carmona ha denominado **protomodelos (1991 – 2003)** (66).

El primer listado de MPI, conocido como los criterios de Beers, fue publicado en 1991 (67) y posteriormente ha sido revisado hasta su última actualización en 2019 (68). Posteriormente se

publicó el *Medication Appropriateness Index* (MAI) (69), que evalúa la idoneidad de cada fármaco de forma individual en cada paciente y cuenta con una versión adaptada al castellano (70). A estos le seguirían el cuestionario Hamdy (71) y el *Improved Prescribing in the Elderly Tool* (IPET) (72). Aunque de forma posterior, destacan por su importancia los criterios STOPP-START, que se siguen actualizando a día de hoy (73).

Sin embargo, esta serie de herramientas resultaron demasiado genéricas y, por tanto, poco aplicables a situaciones y pacientes concretos. Además, se idearon para ser empleadas en una situación ideal aunque poco frecuente: personas mayores institucionalizadas con escasa capacidad de decisión y mínima conflictividad. Esto hizo que en el día a día de la práctica clínica estas primeras herramientas no alcanzaran resultados satisfactorios en el manejo de la polimedicación (74).

Era necesaria una estrategia que tuviera más en cuenta al paciente en la toma de decisiones de forma transversal, activa y simétrica durante todo el proceso. Para ello, se debía considerar la situación basal previa y su expectativa de vida, tener en cuenta los temores del paciente ante la retirada de la medicación y garantizar un seguimiento y reevaluación para detectar los posibles efectos adversos y la adherencia al plan de retirada de medicamentos. En definitiva, se necesitaba dar pasos que facilitasen y afianzasen la deprescripción.

De esta forma, se evolucionó del modelo inicial, más farmacocentrista, hacia una **concepción más estructurada y centrada en el paciente (2003 – 2014)**. Tras el primer modelo de deprescripción por fases de Woodward, numerosos autores han propuesto aproximaciones teóricas a la deprescripción: desde métodos más deliberativos sin recomendaciones específicas —como el de Meeks *et al.* (75)—, hasta protocolos minuciosos —como el de Scott *et al.* (76)—.

En 2014 el grupo de investigación de Reeve *et al.*, de Australia, recopila y analiza los modelos de deprescripción publicados hasta ese momento y elabora una propuesta en cinco pasos (enumerar, identificar, priorizar, planificar y seguir) que, a día de hoy, sigue siendo el modelo más aceptado (77). Destaca en particular por conceder un peso importante a las preferencias del paciente.

Desde 2014 hasta el día de hoy los modelos han girado en torno a la propuesta de Reeve mediante adaptaciones que no cambian sustancialmente su modelo, aunque difieren en cuanto al detalle y el énfasis relativo que se le da a cada paso. Así, nos encontramos desde las adaptaciones iniciales de Scott *et al.* (78) o Potter *et al.* (79), hasta la versión de Todd *et al.* más avanzada, que define un “arcoiris de la deprescripción” que toma en cuenta consideraciones clínicas, psicológicas, sociales, económicas y físicas del paciente en el momento de deprescribir (80).

Como novedad en los últimos años, estos modelos han ido incorporando nuevas tecnologías como los sistemas electrónicos de soporte a decisiones clínicas, herramientas de ayuda en cada fase del proceso de deprescripción o la incorporación a las guías de práctica clínica. También se han adaptado para afrontar circunstancias específicas (grupos farmacológicos concretos, pacientes con demencia, con expectativa de vida limitada o con diagnóstico de cáncer) (81). Únicamente el equipo de investigación de Linsky *et al.*, de Estados Unidos, ha propuesto una alternativa al modelo de Reeve mediante un marco conceptual que analiza factores dependientes del paciente, del clínico y del sistema sanitario y monitoriza los resultados de la deprescripción basándose en diferentes criterios (65).

1.3 | Barreras y facilitadores de la deprescripción

La deprescripción, como cualquier intervención sanitaria, está influenciada por factores que la dificultan (barreras) y la favorecen (facilitadores). Comprender dichos factores se ha identificado como uno de los retos en la investigación en deprescripción (82). Para ello, en los últimos años se han desarrollado múltiples estudios cuantitativos, a través de encuestas de opinión (83–89), y cualitativos con entrevistas en profundidad (90–99).

De forma teórica, Baza Bueno *et al.* y Molina Pérez de los Cobos *et al.* coinciden en clasificar estos factores como aquellos dependientes del contexto cultural, social o sanitario, de los profesionales sanitarios, de la relación profesional sanitario y paciente o cuidador, y aquellos dependientes del paciente y/o cuidador (100,101).

1.3.1 | Factores que dependen del contexto cultural, social o sanitario

Los comportamientos favorables hacia la deprescripción dependen en gran medida de la estructura de los sistemas sanitarios (102). Las **decisiones políticas y gerenciales** y la disposición de recursos suponen un elemento importante a la hora de incorporar a la práctica clínica este proceso (103). Los pacientes pueden sospechar que los clínicos son presionados por sus superiores para retirar o dejar de prescribir medicamentos a consecuencia de las restricciones económicas o por efecto de los incentivos relacionados con el uso racional del medicamento. Esto hace que recelen de los intentos de retirar medicación (104). Los médicos, por su parte, también se ven bajo la influencia de las restricciones en gasto sanitario y de los incentivos centrados en el consumo farmacéutico. Los complementos salariales relacionados con la calidad en la prescripción pueden actuar

modificándola, si bien los médicos son conscientes de que la presión de los responsables políticos relacionada con la reducción del gasto puede oscurecer las buenas razones para la deprescripción (96,105). Por otro lado, los médicos de Atención Primaria perciben la falta de apoyo y recursos institucionales como un obstáculo crucial para la deprescripción (95).

El **mercado farmacéutico**, en constante expansión, desarrolla cada día más medicamentos y con más indicaciones. Esto ha propiciado que la toma de fármacos en general, y la polimedicación en particular, se haya convertido en un fenómeno social (106). Los pacientes tienden a pensar que las empresas farmacéuticas pueden anteponer sus beneficios económicos a la seguridad de sus fármacos, que ejercen una presión excesiva en promocionar sus medicamentos e incentivar a los prescriptores para que los utilicen, y que pueden omitir en su publicidad información que pueda perjudicar sus intereses (107).

Sin duda, la **falta de tiempo y la sobrecarga laboral** suponen una de las barreras más importantes para la deprescripción (108–110), hecho también percibido por los propios usuarios (111). La deprescripción es una tarea multidisciplinar que requiere coordinación entre distintos profesionales, más aún si tenemos en cuenta que las alternativas no farmacológicas dependen en gran parte del trabajo en equipo (102). La escasa integración en los equipos de otros trabajadores del ámbito sanitario (farmacéuticos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas) y del ámbito no sanitario (profesionales de ayuda a domicilio, cuidadores, monitores de ocio y de ejercicio físico) dificulta la puesta en práctica de alternativas no farmacológicas y favorece la prescripción (112,113).

La **receta electrónica** favorece la automatización de la renovación de la medicación sin que medie una revisión de la misma. Si bien podría servir como una herramienta de apoyo a la mejora y la conciliación de la prescripción (114,115), su formato automático y automatizable favorece la renovación de la misma (60). Por otro lado, el hecho de no poder acceder a las historias clínicas y/o módulos de prescripción (pacientes que viven residencias o que pertenecen a otras Comunidades Autónomas) hace más difícil la deprescripción desde sus primeras fases: enumerar e identificar.

Los médicos se muestran reacios a deprescribir fármacos prescritos por otro profesional sanitario (84). La **fragmentación de la asistencia sanitaria**, el seguimiento por múltiples médicos o la doble cobertura público-privada hacen, por un lado, que el paciente reciba mensajes contradictorios, y por otro, que el médico muestre más resistencia a deprescribir. Momentos de especial atención son las transiciones asistenciales y cuando el paciente es seguido por varios especialistas hospitalarios al mismo tiempo (111,116). Una buena comunicación entre profesionales es un elemento clave para el éxito de la deprescripción (117).

La medicalización de la vida, la creciente tecnificación de nuestro día a día, el énfasis en el modelo biomédico y el hecho de que los pacientes sobreestimen el efecto de los fármacos y subestimen sus daños hacen que la deprescripción sea una actividad **poco aceptada en la sociedad** (102,118). Por último, una reciente revisión de la literatura destaca la influencia de las desigualdades en salud en torno a la deprescripción. Los estudios y guías de práctica clínica en general, y también en deprescripción, suelen estar enfocados hacia pacientes de edad media y situación socioeconómica aceptable. Esto hace que se olviden, en ocasiones, de los pacientes multimórbidos o con enfermedad mental, que pueden precisar de la deprescripción de forma más prioritaria (119).

1.3.2 | Factores que dependen de los profesionales

Estar sensibilizado con la prescripción prudente y el potencial peligro de los medicamentos innecesarios facilita iniciar un proceso de revisión de fármacos, sobre todo si se percibe que esto va a contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente (100). Sin embargo, existen discrepancias entre estas creencias y la práctica clínica. El hecho de que el médico sea conocedor de las recomendaciones sobre determinados grupos de fármacos no evita que estos sean empleados de forma incorrecta (120). Los médicos también se enfrentan a un dilema ético: mientras la continuación de una prescripción es un acto pasivo donde el prescriptor se enfrenta a una responsabilidad mínima en caso de resultados negativos, la interrupción de un tratamiento es un comportamiento activo basado en una elección, lo que abarca un peso moral mayor superior frente a las posibles consecuencias (121).

Una barrera importante a la deprescripción es la **resistencia de los médicos a deprescribir un tratamiento innecesario**, inútil o dañino, provocando de esta forma su renovación indefinida. Este comportamiento, que puede parecer paradójico, se ha denominado “inercia sobreterapéutica”, en contraposición con el término “inercia terapéutica” (43). Está favorecida por diferentes factores, muchas veces interrelacionados: la dificultad para establecer las metas de la atención sanitaria, la falta de concordancia entre los objetivos del tratamiento y la expectativa de vida, el miedo a las consecuencias en la salud de los pacientes o a las repercusiones legales, la concepción de la deprescripción como un proceso difícil y con pocas garantías de éxito, pensar que el paciente va a mostrar resistencia, el traspaso de responsabilidad entre profesionales o la prescripción inducida (110,120,122,123). La deprescripción se ha convertido en una prioridad en los últimos años, pero la prescripción generosa durante décadas en el pasado ha creado una carga difícil de abordar para los médicos de hoy en día (95). Por el contrario, los médicos de familia muestran predisposición a

deprescribir en pacientes con niveles altos de dependencia o que presentan deterioro cognitivo. Esto puede implicar la necesidad de identificar correctamente a estos pacientes en Atención Primaria (124).

La sensación de **autoeficacia** es importante en el proceso de deprescripción. Para llevarla a cabo no basta únicamente con tener conocimientos específicos y habilidades, sino que también es importante disponer de información y herramientas para la toma de decisiones, experiencia e intuición (108). La mayoría de los médicos demandan la implantación de guías y herramientas que faciliten la deprescripción (96,124). Los clínicos suelen manifestar dificultades relacionadas con los obstáculos en la identificación de efectos adversos, la imposibilidad de estar plenamente actualizado en aspectos clínicos y farmacoterapéuticos (efectividad, indicaciones o perfil de seguridad), la escasa aplicabilidad de las guías de práctica clínica o la falta de evidencias sobre cuándo y cómo deprescribir (125). Una encuesta sobre las preferencias de los profesionales en cuanto a intervenciones que podrían ayudarles a deprescribir reveló las siguientes tres opciones como las más votadas: exigir que todas las recetas tuviesen una indicación de uso asociada, solicitar un seguimiento conjunto de los pacientes con otros miembros del equipo y aumentar la participación del paciente en la toma de decisiones (126). Adquirir experiencia con el tiempo en el hábito de la deprescripción hace ganar en confianza, y observar que la deprescripción resuelve y evita problemas retroalimenta y motiva su práctica (110).

También actúan como barreras a la deprescripción la resistencia al cambio o comodidad por parte del profesional sanitario, la escasa aceptabilidad de las alternativas no farmacológicas o situaciones sociofamiliares y personales desfavorables (95). Por otro lado, se ha identificado que los médicos de mayor edad presentan una mayor predisposición a tomar decisiones relacionadas con la deprescripción (124).

1.3.3 | Factores que dependen de la relación entre profesional sanitario y paciente o cuidador

La deprescripción es un proceso que se lleva a cabo entre personas, y por tanto, está enmarcado en un contexto relacional definido. La relación clínica incide especialmente en las actitudes y comportamientos en torno a la deprescripción (109).

Los valores que subyacen a una relación entre profesional sanitario y paciente son esenciales para garantizar una correcta adhesión del paciente a la deprescripción. Tener una relación forjada

durante años basada en el respeto y confianza mutua facilita la deprescripción (100). La sensación de que el profesional se preocupa, transmitiendo con su manera de comportarse que el paciente le importa, y emplea tiempo y esfuerzo en él también ayuda a deprescribir (122). El lenguaje empleado es otro aspecto importante. La deprescripción tiene que vincularse con el historial médico del paciente y presentarse con un lenguaje que transmita la naturaleza compartida de la decisión. Debe ser enmarcada como un paso positivo para preservar el bienestar, más que como una intervención negativa asociada a la edad o a la esperanza de vida (127).

En general, **los pacientes confían en el conocimiento de los profesionales sanitarios**. Muchos pacientes delegan la responsabilidad de la toma de decisiones en el profesional y aceptan pasivamente sus consejos, ya sea en el sentido de continuar con la medicación o realizar un intento de retirada (100). Por este motivo, si el facultativo no ofrece la posibilidad de revisar la medicación y hacer los cambios oportunos, el paciente y/o sus familiares generalmente tampoco lo hacen, aceptando implícitamente que todos los medicamentos son necesarios y que deben seguir tomándolos (92).

Dos revisiones de la literatura ponen de manifiesto la relevancia de la implicación del paciente y la **toma de decisiones compartida** en deprescripción (77,78). Las preferencias del paciente abarcan un amplio abanico de opciones: los pacientes de mayor edad confían en la decisión del profesional sanitario, y esta es mejor aceptada si consideran que este les tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones, si argumentan cada recomendación o si les informan adecuadamente sobre la decisión de dejar un fármaco (100). La mayoría de los pacientes no sabrían cómo iniciar una conversación sobre deprescripción, por lo que es importante que los clínicos den este paso (128).

El valor social del medicamento va más allá de sus acciones farmacológicas. Simboliza, de cierta manera, que el médico está atento a su paciente y empatiza con sus problemas (100). **El temor a que la deprescripción no sea aceptada**, aunque esté clínicamente indicada, y esto deteriore la relación médico-paciente/cuidador se ha descrito como una preocupación de los clínicos y una barrera a la deprescripción (129). La postura extrema de este razonamiento lleva a una prescripción complaciente y al uso de la prescripción para evitar conflictos médico-legales (medicina defensiva) (102). En otras ocasiones, esta negativa a conversar sobre medicamentos no necesarios o dañinos parte del propio paciente por pensar que podría herir la sensibilidad del médico.

1.3.4 | Factores que dependen de los pacientes y cuidadores

Las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción están determinadas por su percepción acerca del medicamento, que a su vez está influenciada por sus vivencias previas e influencias externas. Las emociones y expectativas, en muchos casos antagónicas, que despiertan los medicamentos pueden ser considerados facilitadores de la deprescripción de fármacos inadecuados, pero también motivadores de falta de adherencia de medicamentos adecuados. Baza Bueno *et al.* proponen cinco grandes ámbitos que determinan las actitudes y creencias de los pacientes hacia la deprescripción (100).

a) Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos

La principal barrera para la deprescripción consiste en que el paciente considere que **su medicación es necesaria o beneficiosa**, ya sea por percibir sus ventajas (mejoría de determinada sintomatología o consecución de objetivos medibles, como la glucemia capilar) o bien por esperar un beneficio futuro (130). La idea que tienen los pacientes y cuidadores sobre la adecuación de un fármaco no tiene por qué coincidir con la de los profesionales sanitarios (131). Este concepto está relacionado con las prioridades en salud. En el caso de los pacientes mayores polimedicados suelen ser la supervivencia, preservar la funcionalidad física y el alivio de los síntomas (132). Por el contrario, pensar que la medicación ha dejado de ser necesaria por haberse solucionado el problema que la motivó (resolución de síntomas o cambio de prioridades en salud), haberse modificado las circunstancias indicaban la prescripción (por ejemplo, una situación de estrés), dejar de percibir su efecto beneficioso o haber presentado efectos adversos son circunstancias facilitadoras de la deprescripción.

Los pacientes y los cuidadores comparten generalmente una misma visión sobre **el valor del medicamento** pero existen matices diferenciales en cuanto a los efectos adversos, la capacidad para tolerar inconvenientes relacionados con la medicación y el grado de confianza en el prescriptor. De esta forma, la capacidad del clínico para adaptarse a la perspectiva del paciente o del cuidador determinará, en parte, el éxito de la deprescripción (130).

b) Visiones sobre el proceso de deprescripción

Múltiples estudios han demostrado que **la mayoría de los pacientes y cuidadores estarían interesados en la deprescripción de uno o más de sus medicamentos** si esto fuese posible, con porcentajes de aceptación para pacientes del 97.4, 74.0 y 77.0% en estudios llevados a cabo en

Reino Unido (133), Alemania (134) y Suiza (135), respectivamente, y del 76.3% para cuidadores (134).

Los pacientes comprenden que la deprescripción es un proceso complejo, que requiere tiempo y planificación y que debe ser gradual. Además, tienen la necesidad de que los profesionales les apoyen y brinden la atención e información debida. Observar que la deprescripción se realiza de manera mecánica y sin adaptarse a las necesidades y circunstancias del paciente suele hacer que este se resista, conformando una barrera a la misma. Por el contrario, emplear material educativo de apoyo que implique al paciente y/o al cuidador en el proceso (136) y pactar con el paciente una prueba antes de la retirada definitiva del fármaco hará que la deprescripción sea más aceptada (109). Se hace fundamental en todos los casos el seguimiento estrecho y mantener una actitud de “puerta abierta” ante posibles complicaciones tras la retirada del medicamento.

c) Influencias internas y externas

Las **experiencias negativas** al dejar de usar los medicamentos (aparición de posibles síntomas, miedo) suponen un freno a la deprescripción, mientras que experimentar **problemas prácticos** en la toma de medicamentos (problemas perceptivos, dificultad para la comprensión de las instrucciones, problemas de bioapariciencia) predisponen a revisar la continuidad de ciertos medicamentos (111).

Las influencias externas pueden tener su origen en los familiares y/o amigos o en los propios sanitarios. Los pacientes pueden sentirse presionados por los médicos para comenzar a tomar un medicamento o pueden aceptar adherirse a un medicamento para evitar entrar en conflicto con su médico (137).

d) Emociones del paciente y/o cuidador

La principal emoción que constituye una barrera para la deprescripción es el **miedo a las consecuencias negativas que puede conllevar el cese de un medicamento** (100). Los pacientes con expectativa de vida reducida pueden presentar cierta reticencia a la retirada de fármacos preventivos y al inicio con otros fármacos que socialmente se asocian con la muerte (por ejemplo, los opioides) porque pueden interpretar este intento de deprescripción como un abandono de la atención sanitaria (138). En ocasiones, como ocurre con otras intervenciones al final de la vida, puede convertirse en un tema a evitar por parte de los profesionales sanitarios.

Los pacientes experimentan por sí mismos en relación a sus fármacos participando de diversas estrategias: no tomar los medicamentos temporalmente y observar qué sucede, o reducir la dosis o modificarla, lo que puede suponer un riesgo para el paciente (93). Explorar los dilemas que ocasiona la toma de medicamentos y de qué manera los pacientes resuelven sus disyuntivas es fundamental para prevenir estos riesgos.

e) Otros factores dependientes del paciente y/o cuidador

La automedicación o los problemas perceptivos o cognitivos que implican a cuidadores, cuyas necesidades y perspectivas no siempre coinciden con las de los pacientes, constituyen una barrera a la deprescripción. De igual manera, los pacientes y cuidadores dan importancia a tener un plan de tratamiento estable y duradero, por lo que suelen tener preferencia por el *statu quo*, lo que dificulta la deprescripción (32). Contrariamente, los problemas económicos que conducen a una dificultad para el pago de los medicamentos pueden facilitar la deprescripción (110,111).

1.4 | Cuestionarios sobre actitudes hacia la deprescripción

El éxito de la deprescripción depende de factores relacionados con los actores implicados en la misma: pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios. En los estudios sobre intervenciones para reducir la prescripción inadecuada realizados con el auge del término deprescripción, en general, no se interrogaba a los pacientes acerca de su visión del proceso. En tres estudios llevados a cabo en este contexto se hallaron tasas de éxito del 33%, 81% y 94%, pero no se investigaron simultáneamente las razones que explicaban la existencia de tasas de aceptación tan dispares (139–141). Sin embargo, en la discusión de dichos artículos ya se planteaba la necesidad de realizar más estudios para **comprender la resistencia de los pacientes a aceptar la retirada de fármacos** y de buscar estrategias para afrontar este problema. Así, paralelamente al desarrollo de la investigación en deprescripción en cuanto a sus riesgos y beneficios, diversos investigadores pusieron el foco en las razones por las que pacientes y cuidadores aceptarían o no participar en este proceso (142–146).

Para obtener esta información era preciso tener herramientas validadas que fuesen capaces de explorar las opiniones y creencias de pacientes acerca del proceso de deprescripción. Fueron Reeve *et al.* los que incluyeron en su modelo de deprescripción de 2014 la atención centrada en el paciente con objeto de involucrarlo a lo largo del proceso y mejorar los resultados en salud (77). De forma prácticamente simultánea, este mismo equipo publicó el primer cuestionario diseñado para evaluar las actitudes y creencias de los pacientes hacia la deprescripción.

1.4.1 | Cuestionario *Patients' Attitudes towards Deprescribing* (PATD) (2013)

a) Generalidades

Desarrollado por Reeve *et al.*, de la Universidad de South Australia (Australia). Se trata del primer cuestionario que evalúa la percepción de los pacientes hacia la deprescripción de medicamentos (147). Consta de 15 ítems, de los que 10 son afirmaciones con respuesta en una escala de Likert y 5 son preguntas de respuesta múltiple. Evaluado de forma autoadministrada en pacientes que acudían a consulta hospitalaria y a oficinas de farmacia y tomaban al menos un fármaco, se diseñó con fines clínicos y de investigación.

b) Características psicométricas

Para el proceso de validación se administró el cuestionario a 100 pacientes. Se evaluó la validez aparente, de contenido y de criterio. Esta última se analizó a través de la comparación con las subescalas específicas de *necesidad* y de *sobreuso* del cuestionario *Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ) (148). También se evaluó la fiabilidad test-retest. No se analizó la validez de constructo, por lo que no se determinaron los factores que componían el cuestionario.

c) Ventajas, limitaciones y utilidad

Se trata de un cuestionario de fácil aplicación. No es posible concluir datos sobre su factibilidad pero el número de ítems que contiene hace pensar que puede ser administrado en un breve espacio de tiempo. Esto ha hecho que se haya empleado recientemente en varios países para evaluar las actitudes hacia la deprescripción, tanto en general como de grupos farmacológicos concretos (138,149–152). A pesar de su naturaleza cuantitativa, no se obtiene una puntuación general para el cuestionario.

1.4.2 | Cuestionario *Prescribers' Perceptions of Medication Discontinuation* (2016)

a) Generalidades

Desarrollado por Linsky *et al.*, de la Universidad de Boston (Estados Unidos). Es el primer cuestionario centrado en la perspectiva del clínico en torno a la retirada de medicamentos, aunque no se centra en la deprescripción propiamente dicha (116). Consta de 17 ítems y una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta.

b) Características psicométricas

Para su validación se analizó la consistencia interna y la validez de constructo del cuestionario. Se identificaron cinco factores subyacentes: características de la medicación, factores clínicos del paciente, predictores del estado de salud futuro, recursos de los pacientes para manejar su propia salud, y educación y experiencia.

c) Ventajas, limitaciones y utilidad

El cuestionario va dirigido a médicos de Atención Primaria y farmacéuticos clínicos, ya que en el entorno donde se lleva a cabo su validación los farmacéuticos pueden iniciar, titular y suspender la medicación en patologías crónicas. Esto le aporta versatilidad aunque reduce su empleabilidad en otros ámbitos donde la figura del farmacéutico está más limitada. Presentó una tasa de ítems no contestados alta, atribuido al elevado número de los mismos según los autores.

1.4.3 | Cuestionario *Patient Perceptions of Deprescribing* (PPoD) (2016)**a) Generalidades**

Desarrollado también por Linsky *et al.* (153). Cuenta con 30 ítems englobados en cinco factores: preocupación, conocimiento del proveedor de medicamentos, interés, implicación e irrelevancia. Además incluye otras tres dimensiones exportadas de otros instrumentos ya validados: subescala específica de *sobreuso* del cuestionario BMQ (148), la escala *Trust in provider*, de confianza en el médico/proveedor de atención (154) y la escala *CollaboRATE*, sobre la toma de decisiones compartida en encuentros clínicos (155). Contiene una escala de Likert con cinco opciones de respuesta. Validado en pacientes de la comunidad (veteranos de guerra), que tomaban un mínimo de cinco fármacos, con fines clínicos y de investigación.

b) Características psicométricas

Se evaluó la validez de constructo a través de un análisis factorial exploratorio (AFE) en un primer momento y un análisis factorial confirmatorio (AFC) posterior, así como la fiabilidad (consistencia interna).

c) Ventajas, limitaciones y utilidad

Las ocho dimensiones estudiadas cubren un amplio rango del constructo teórico. Como novedad con respecto a otros cuestionarios, incorpora específicamente la figura del proveedor de Atención

Primaria como clínico de referencia a la hora de interrogar sobre la medicación. Los autores declararon que se trataba de un cuestionario largo para su empleo. Se ha utilizado en un estudio para analizar factores predictores de deprescripción exitosa en pacientes polimedicados (156).

1.4.4 | Cuestionario *Patient Perceptions of Deprescribing* (PPoD) reducido (2020)

a) Generalidades

Este cuestionario surgió de la necesidad de reducir la longitud del cuestionario PPoD. Lo desarrolló el mismo equipo investigador sobre la muestra de validación del cuestionario original (157). La versión revisada consta de 11 ítems englobados en dos factores: motivación para la deprescripción y relación con el médico de Atención Primaria.

b) Características psicométricas

Se analizó la validez de constructo mediante un AFC y la validez discriminante. La fiabilidad se analizó mediante la consistencia interna de los factores del cuestionario.

c) Ventajas, limitaciones y utilidad

Las ventajas con respecto a la versión anterior radican en la reducción del número de ítems, lo que conlleva una mayor facilidad para su empleo. Aunque no se llevó a cabo un análisis de la factibilidad, los autores especificaron que puede ser completado en menos de 5 minutos.

1.4.5 | Cuestionario *Perceptions, Attitudes, and Challenges of Physicians Towards Deprescribing* (PACPD-12) (2018)

a) Generalidades

Desarrollado en inglés por Bhat *et al.*, de la Universidad de Ciencias Aplicadas de Ramaiah (India) con el objetivo de analizar las percepciones y actitudes de los médicos hacia la deprescripción (158). Se presentó en forma de carta de investigación, lo que implica que no se especifiquen en profundidad los detalles del cuestionario y su proceso de validación. Cuenta con 12 ítems distribuidos en tres secciones: percepción y actitudes, barreras y facilitadores. Las respuestas se aportan en escalas de Likert o en forma de multirrespuesta.

b) Características psicométricas

Únicamente se evaluó la validez (aparente y de contenido) y la fiabilidad test-retest.

c) Ventajas, limitaciones y utilidad

El PACPD-12 es un cuestionario exploratorio sin sistema de puntuación. Una limitación fundamental, que también podría aplicarse al resto de cuestionarios, es el hecho de estar validado en un entorno sustancialmente diferente a nuestro ámbito, donde las características del sistema sanitario y de la relación médico-paciente no son equiparables.

1.5 | Cuestionario *Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing* (rPATD) (2016)

a) Generalidades

Desarrollado en inglés por Reeve y su equipo de la Universidad de Sídney (Australia). Se trata de una versión revisada del cuestionario PATD original (159). Se diseñó con el objetivo de explorar las creencias de los pacientes en relación al número de fármacos que están tomando o estarían dispuestos a tomar y bajo qué circunstancias estarían dispuestos a iniciar un proceso de deprescripción. Este cuestionario también permite identificar si existen factores que influyen sobre estas creencias para discriminar entre individuos susceptibles o no a la deprescripción.

Fue generado a partir del cuestionario PATD, de una revisión de la literatura, de opiniones de expertos y de grupos focales formados por pacientes y cuidadores. Cuenta, a diferencia del PATD, con **dos modalidades**, una destinada a pacientes y otra a cuidadores, con 22 y 19 ítems respectivamente, y una escala de Likert con cinco niveles de respuesta para evaluar el grado de acuerdo con cada ítem. Para su validación se promocionó en dos residencias de ancianos, dos oficinas de farmacia y un hospital, y se envió vía email y por carta a través de la universidad y asociaciones de pacientes. Se completó de forma autoadministrada.

b) Análisis de los ítems del cuestionario. Constructo teórico a estudio

Esta versión revisada del cuestionario rPATD amplía la mirada a todo el espectro del constructo teórico e incluye una escala numérica para cada uno de los cuatro factores que el cuestionario analiza: implicación en la toma de medicación (*involvement, implicación*), carga que supone la medicación para el paciente (*burden, carga*), idoneidad percibida de la misma (*appropriateness, idoneidad*), y la preocupación sobre el posible cese de la medicación (*concerns about stopping,*

preocupación sobre el cese). Además, incluye dos preguntas generales que no se clasifican en ninguno de los cuatro factores previos (**Anexo 2a y 2b**).

En el **apartado 1.3.4** se han analizado los factores que actúan como barreras y facilitadores de la deprescripción de medicamentos que dependen de los pacientes y los cuidadores. En la **Tabla 2** se analizan los ítems del cuestionario rPATD basándose en dicha clasificación.

Tabla 2. Análisis de los ítems del cuestionario rPATD en base a las barreras y facilitadores de la deprescripción dependientes de los pacientes y cuidadores

Ítems del factor <i>Implicación</i>	Barreras y facilitadores
I1 (entender bien las razones)	Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos
I2 (saber exactamente los medicamentos)	Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos
I3 (saber todo lo posible)	Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos
I4 (tener en cuenta)	a
I5 (preguntar siempre si no entiendo)	Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos
Ítems del factor <i>Carga</i>	Barreras y facilitadores
B1 (gastar mucho dinero)	Otros factores
B2 (muy molesto)	Influencias internas y externas
B3 (muchos medicamentos)	Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos
B4 (carga)	Influencias internas y externas
B5 (demasiados medicamentos)	Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos
Ítems del factor <i>Idoneidad</i>	Barreras y facilitadores
A1 (no necesitar uno o más medicamentos)	Emociones del paciente y/o cuidador
A2 (gustaría dejar de tomar)	Emociones del paciente y/o cuidador
A3 (bajar la dosis)	Visiones sobre el proceso de deprescripción
A4 (no estar haciendo efecto)	Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos
A5 (efectos secundarios)	Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos
Ítems del factor <i>Preocupación sobre el cese</i>	Barreras y facilitadores
C1 (negar a dejar de tomar)	Emociones del paciente y/o cuidador
C2 (perder beneficio en el futuro)	Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos
C3 (agobio con un cambio)	Otros factores
C4 (sentir que nos estamos rindiendo)	Emociones del paciente y/o cuidador
C5 (mala experiencia anteriormente)	Influencias internas y externas
Ítems generales	Barreras y facilitadores
G1 (dispuesto a dejar de tomar)	Visiones sobre el proceso de deprescripción
G2 (estar satisfecho)	Ideas acerca de la adecuación del cese de medicamentos

^a Se enmarca en el apartado 1.3.3 Factores que dependen de la relación entre profesional sanitario y paciente o cuidador.

c) Propiedades psicométricas

En la muestra del estudio de validación se incluyeron 1321 pacientes y 1079 cuidadores, de los que completaron el cuestionario 383 y 200, respectivamente. El cuestionario se sometió a un exhaustivo proceso de validación. La factibilidad fue analizada a través del tiempo en completar el cuestionario. La fiabilidad se analizó a través de la consistencia interna y la fiabilidad test-retest. Se evaluó la validez aparente mediante un pilotaje, la validez de contenido a través de un panel de expertos y la validez de constructo mediante un AFE. La validez de criterio se analizó mediante hipótesis establecidas a priori entre los factores del cuestionario y la subescala específica de *preocupación* del cuestionario BMQ (148) y la escala abreviada de confianza en el médico de la Universidad Wake Forest (160).

d) Ventajas, limitaciones y utilidad

Las ventajas que aporta este cuestionario son tres: la primera es que el robusto proceso de generación de los ítems hace que recoja prácticamente la totalidad del constructo teórico que se estudia. En segundo lugar, presenta por primera vez una versión para cuidadores. Esto permite explorar las creencias y actitudes hacia la deprescripción cuando el paciente no es capaz de expresarlo por sí mismo. Por último, incorpora una escala numérica para el cuestionario y para cada factor que puede ser asignada a cada individuo que lo complete. La limitación fundamental se encuentra en el número de ítems, que puede hacer que para algunos individuos resulte demasiado extenso. No obstante, el análisis de la factibilidad reveló que la mayoría de los participantes en el proceso de validación empleó menos de 5 minutos en completarlo.

El cuestionario ha sido desarrollado originalmente en inglés y se ha empleado en su versión original para analizar las actitudes de los pacientes y cuidadores hacia la deprescripción en estudios realizados en Estados Unidos (85,161), Australia (162), Reino Unido (133) y Singapur (163).

También se ha utilizado en artículos en los que se ha realizado una traducción-retrotraducción a varios idiomas, entre ellos el holandés (164), malayo (165), alemán (134) y amárico, idioma hablado en Etiopía (166). Sin embargo, sólo ha sido formalmente validado al árabe (versión para pacientes) (167), danés (versión para pacientes) (168) y francés (versiones para pacientes y cuidadores) (169).

2 | JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, la **polimedicación** se ha constituido como un problema de salud pública de primer orden en países desarrollados, con importantes consecuencias negativas para la salud de los pacientes y en el consumo de recursos. La deprescripción, campo de estudio ampliamente desarrollado, se ha mostrado como una estrategia eficaz para su abordaje.

Cada día los usuarios de los sistemas de salud tienen mayor nivel formativo, muestran un mayor nivel de empoderamiento y están más involucrados y comprometidos con su salud. Esto supone un reto para los clínicos a la hora de tomar decisiones sobre su tratamiento farmacológico. Además, pone de relevancia la implicación de los usuarios mediante la toma de decisiones compartida con el paciente y adaptada a sus necesidades, circunstancias y contexto familiar, comunitario y social (170).

El interés del presente estudio radica en su contribución a un campo catalogado como prioritario en la investigación acerca de la deprescripción de medicamentos: **el involucramiento de pacientes, familiares y cuidadores**, de forma que se ponga el foco en la perspectiva de los mismos (171).

En España, tanto el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* (45), como los diferentes sistemas autonómicos de salud han incorporado la revisión del paciente polimedicado y algunos aspectos relacionados con la deprescripción al día a día de las consultas de Atención Primaria (46–49). Para ello se emplean herramientas diseñadas para la revisión y manejo de la medicación desarrolladas a nivel nacional e internacional. Además, en el ámbito de la investigación se han desarrollado recientemente proyectos multicéntricos relacionados con la mejora en la prescripción del paciente multimórbido y polimedicado (172).

El cuestionario rPATD ha demostrado a través de sus diferentes estudios de validación la **consistencia de su estructura** en cuatro factores (167–169). Analiza a través de los mismos un amplio rango del constructo teórico, motivo por el que se ha seleccionado para el presente estudio. La validación de la versión española del cuestionario rPATD, basada en la metodología que recomiendan las principales guías internacionales sobre validación de cuestionarios, pone a disposición de clínicos e investigadores una herramienta que puede servir de ayuda a la hora de explorar las creencias de los pacientes y cuidadores de habla hispana acerca de sus fármacos y su predisposición a iniciar un proceso de deprescripción.

3 | OBJETIVOS

Objetivo general

Validar la versión española del cuestionario *revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing* (rPATD) en su versión para pacientes y para cuidadores.

Objetivos específicos

1. Aplicar el proceso de **traducción-retrotraducción** al cuestionario rPATD para obtener la versión en español del cuestionario, y el proceso de **adaptación transcultural** para garantizar que dicha versión es válida en nuestro medio cultural y sistema sanitario.
2. Evaluar la **factibilidad** de la versión española del cuestionario rPATD.
3. Analizar la **validez** de la versión española del cuestionario rPATD.
 - a) Según su apariencia (**validez aparente**).
 - b) En base al constructo a estudiar (**validez de constructo**).
 - c) En función de la comparación con instrumentos ya validados (**validez de criterio**).
4. Analizar la **fiabilidad** de la versión española del cuestionario rPATD.
 - a) En términos de homogeneidad (**consistencia interna**) de la escala.
 - b) En base a su reproducibilidad y estabilidad (**fiabilidad test-retest**).
5. Analizar las **actitudes de los pacientes y cuidadores hacia la deprescripción** basándose en las respuestas del cuestionario a estudio.
6. Describir el **perfil sociodemográfico, clínico y de prescripción** de los pacientes polimedicados y cuidadores incluidos en el estudio.

4 | MATERIAL Y MÉTODOS

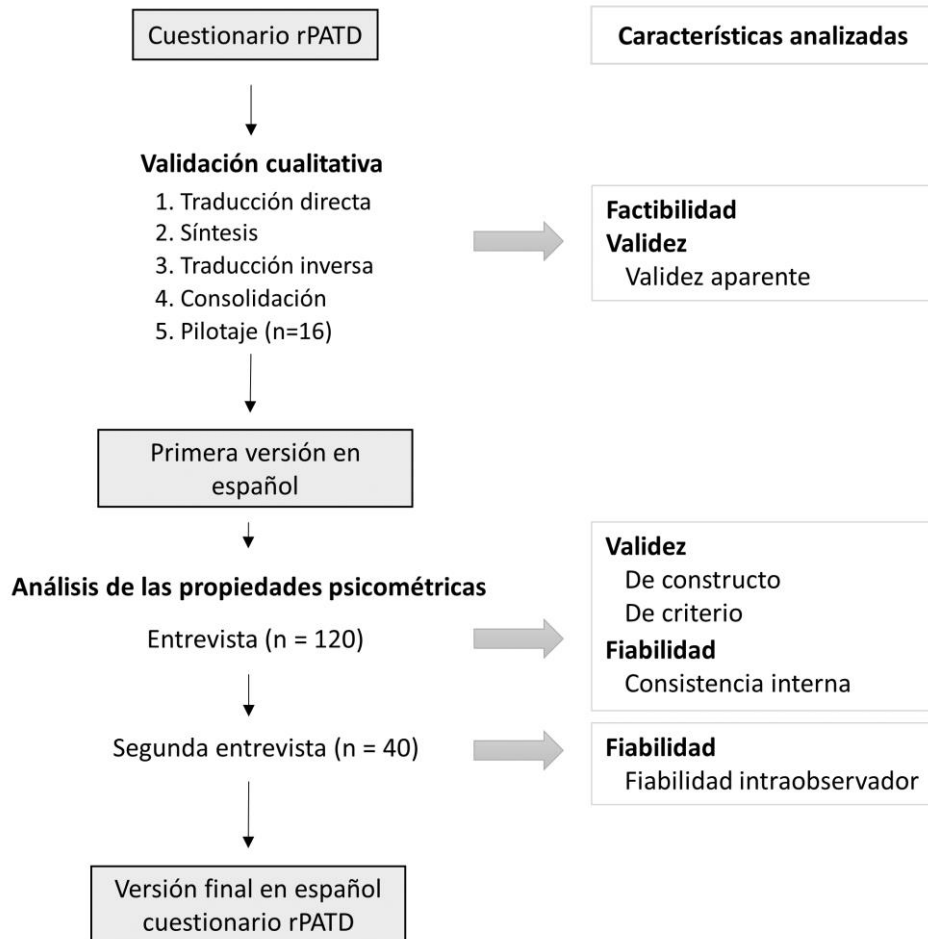
Se diseñó un estudio basado en dos etapas:

- Una primera de **validación cualitativa** que incluyera una traducción-retrotraducción y una adaptación transcultural del cuestionario para evaluar su factibilidad y validez aparente.
- Una segunda de **análisis de sus características psicométricas** que estudiase la validez (de constructo y de criterio) y la fiabilidad (consistencia interna y fiabilidad test-retest) (**Figura 3**).

Se obtuvo la autorización de los autores del cuestionario original para desarrollar el proyecto y se contactó con estos en diversas ocasiones a lo largo del estudio con el fin de consultar aspectos relacionados con la metodología empleada en el proyecto. El **equipo investigador** que se menciona a lo largo del proyecto fue el formado por el doctorando, José Ignacio de Juan Roldán (JIJR), junto a Antonio J. García Ruiz (AJGR) y Enrique Gavilán Moral (EGM), aunque en sus diferentes fases colaboraron otros investigadores. El estudio se desarrolló en Málaga, España, desde octubre de 2017 hasta febrero de 2020.

El protocolo de investigación del proyecto puede consultarse en la publicación de De Juan-Roldán *et al.* (173).

Figura 3. Diagrama de flujo del progreso a través de la fase de validación cualitativa y del análisis de las características psicométricas del cuestionario



4.1 | Validación cualitativa

Esta fase comprendió, en primer lugar, una traducción-retrotraducción del cuestionario para obtener la versión en español. Posteriormente se realizó una adaptación transcultural para garantizar que dicha versión era apta para su empleo en nuestro medio cultural y en el entorno de Atención Primaria de nuestro sistema sanitario (**Objetivo 1**). Además, comprendió el análisis de la factibilidad (**Objetivo 2**) y la validez aparente (**Objetivo 3a**).

La **factibilidad** (viabilidad o *feasibility*) del cuestionario es el grado en que un cuestionario es sencillo, viable y aceptado por pacientes y clínicos y/o investigadores. En definitiva, si es asequible para emplearlo en el campo donde se pretende utilizar. Para ello, habitualmente, se analiza —y así se ha

llevado a cabo en el presente estudio— la sencillez y amenidad del formato, la claridad de las preguntas y del registro y la codificación e interpretación de los resultados (174,175). El tiempo en completarlo es otra variable que suele asignarse a la factibilidad. En el presente estudio, sin embargo, se decidió analizarla en la siguiente etapa (apartado 4.2 Análisis de las propiedades psicométricas) para obtener una muestra mayor y testarlo en la primera versión en español del cuestionario.

La **validez aparente** (validez lógica o *face validity*) es el grado en que los ítems del cuestionario parecen medir lo que se proponen. Se trata de una de las dimensiones de la validez, la única que se evalúa en la fase de validación cualitativa. Su fundamento es un juicio subjetivo que debe partir de los sujetos de estudio, por lo que el pilotaje del cuestionario cobra especial relevancia en el análisis de este atributo (175).

La fase de validación cualitativa se desarrolló mediante un método estructurado en cinco etapas siguiendo los principios de buenas prácticas para el proceso de traducción y adaptación cultural elaborados por la *Professional Society for Health Economics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation* (176).

4.1.1 | Traducción directa

Se llevó a cabo una traducción directa del cuestionario del inglés al español por parte de dos traductores profesionales bilingües. A uno de ellos se le explicó el contexto del cuestionario de forma previa (**Traductor 1**), mientras que al otro traductor se le entregó el cuestionario sin aportarle más información (**Traductor 2**).

4.1.2 | Síntesis

El equipo investigador junto a la investigadora Francisca Leiva Fernández (FLF) analizó, por separado, las discrepancias entre las traducciones de ambos traductor para ponerlas en común y obtener una versión de síntesis para la versión para pacientes y para cuidadores del cuestionario.

4.1.3 | Traducción inversa

En esta fase se realizó una traducción profesional de la versión de síntesis en español al inglés por parte de dos traductores independientes, bilingües, con lengua materna inglesa y ciegos para la versión original (**Traductor 3** y **Traductor 4**).

Se seleccionaron los ítems de la traducción inversa sin una equivalencia conceptual y semántica con los ítems del cuestionario original y se elaboró una redacción alternativa de consenso para los mismos. Para identificar dichos ítems se emplearon dos herramientas: por un lado, ambos traductores valoraron en una escala de 1 a 10 el grado de **dificultad** percibida en la traducción de cada ítem, siendo 1 el menor grado de dificultad y 10 el mayor grado. Por otro, los investigadores EGM, FLF y JIJR también valoraron, a través de una escala del 1 al 10, el grado de **equivalencia** conceptual y semántica de cada ítem de la traducción inversa respecto al original.

4.1.4 | Consolidación

El objetivo de esta fase fue someter la versión de síntesis del cuestionario a la valoración por parte de un grupo multidisciplinar de expertos que no había participado activamente en las fases previas. Para ello, cada uno de los mismos debió valorar, en una escala del 1 al 10, la **comprensibilidad** de cada ítem y la correspondencia o **equivalencia** del ítem de la versión de síntesis con la de la versión original —siendo 1 el menor grado y 10 el mayor grado—. Se calculó la media aritmética de las puntuaciones. Para aquellos ítems cuya media fuese <7.5 puntos para comprensibilidad o equivalencia, el equipo investigador planteó una redacción alternativa. Se aportó una plantilla a cada uno de los expertos para que fuese completada y se habilitó un espacio para otros comentarios.

El grupo de expertos fue seleccionado por los directores de la presente tesis doctoral, Enrique Gavilán Moral y Antonio J. García Ruiz. Se remitió mediante correo electrónico la propuesta a doce posibles participantes, obteniéndose respuesta afirmativa de diez de ellos. El grupo definitivo fue el compuesto por:

1. Una lingüista: Nereida Congost Maestre.
2. Una experta en Salud Pública: Gloria Puertas Aznárez.
3. Un médico de familia: Joaquín Hortal Carmona.
4. Una farmacéutica de Atención Primaria: Nuria García-Agua Soler.

5. Un farmacéutico hospitalario: Ramón A. Morillo Verdugo.
6. Un farmacólogo: Josep María Castel.
7. Un farmacólogo: Antonio J. García Ruiz.
8. Una enfermera: Eloísa Fernández Fernández.
9. Un médico especialista en Medicina Interna: Alberto de Dios Romero.
10. Una farmacéutica de Atención Primaria y hospitalaria: Ana I. Rigueira García.

También colaboró en esta fase Francisca Leiva Fernández como consultora.

4.1.5 | Pilotaje

El objetivo de esta última fase de la validación cualitativa fue llevar a cabo un pilotaje del cuestionario con el fin de evaluar las reacciones al cumplimentarlo, los errores encontrados y las propuestas alternativas de redacción. También se valoró el grado de calidad de la traducción, la comprensión de los ítems y la aplicabilidad/viabilidad del cuestionario.

Se seleccionaron 16 sujetos (9 pacientes y 7 cuidadores) mediante un muestreo por conveniencia entre aquellos que cumplieran los mismos criterios de selección establecidos para el posterior análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario. Los pacientes y cuidadores no debían estar relacionados entre sí y debían ser diferentes a los reclutados posteriormente para el análisis de las propiedades psicométricas. Se aplicó la técnica “*think-aloud*” a medida que rellenaban el cuestionario para recibir una adecuada retroalimentación (177). También se evaluó el diseño y las instrucciones para completar el cuestionario.

Esta fase fue llevada a cabo por el equipo investigador junto a los investigadores Alba González Hevilla, Marcos Castillo Jimena y Francisca Leiva Fernández.

Una vez en este punto, se obtuvo la **primera versión en español** del cuestionario.

4.2 | Análisis de las propiedades psicométricas

4.2.1 | Diseño

Se diseñó un **estudio observacional descriptivo** de validación de un instrumento de medida para la evaluación de las características psicométricas de un cuestionario.

4.2.2 | Ámbito del estudio

El ámbito escogido para el desarrollo del estudio fue la **Atención Primaria**. Tres centros de salud urbanos de Málaga (Unidades de Gestión Clínica Alameda-Perchel, Victoria y Palma-Palmilla), pertenecientes al Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce (Servicio Andaluz de Salud) fueron seleccionados para participar en el estudio. Se obtuvo el permiso de la Dirección Gerencia del Distrito Sanitario y de los respectivos directores de centro de salud de forma previa. Posteriormente se llevó a cabo una sesión informativa en cada centro sobre el objetivo del presente estudio y la participación de los médicos/as de familia en el mismo mediante la captación de sujetos de estudio.

4.2.3 | Participantes y criterios de selección

Se establecieron los siguientes **criterios de inclusión**: **1)** sujetos mayores de edad; **2)** estar en tratamiento con cinco o más fármacos (principio activo) de forma crónica (duración ≥ 6 meses consecutivos) incluyendo medicamentos de venta libre, colirios y cremas; y **3)** aceptar la participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Los **criterios de exclusión** establecidos fueron: **1)** mujeres embarazadas; **2)** sujetos que por discapacidad física y/o intelectual no fuesen capaces de completar el cuestionario y no tuvieran o no fuera posible contactar con el cuidador principal; y **3)** sujetos a los que la barrera idiomática no les permitiera completar el cuestionario.

Las mujeres embarazadas fueron excluidas debido a que el embarazo supone una situación en la que, de forma temporal, se pueden prescribir una serie de fármacos que son interrumpidos una vez que el embarazo ha finalizado. De esta forma, estas mujeres podrían catalogarse como pacientes polimedicadas, pero realmente sólo van a tomar dichos fármacos durante un periodo limitado de tiempo.

En caso de que un sujeto, a lo largo del transcurso del proyecto, decidiera abandonar el estudio y no permitiese el empleo de los datos obtenidos hasta el momento, se continuaría el muestreo consecutivo estratificado por centro de salud hasta alcanzar de nuevo el tamaño muestral.

4.2.4 | Tamaño muestral

No existe consenso sobre el cálculo del tamaño muestral en estudios de traducción y validación de cuestionarios. Las recomendaciones para establecer el tamaño muestral en análisis factorial difieren según los autores, que establecen cifras que varían desde 3 a 10 sujetos por variable de estudio (178), con un mínimo de 50 sujetos (179). Bujang *et al.* apoyan la relación de 3 sujetos por variable cuando la escala de respuesta tiene al menos cuatro niveles (180). Otros autores se basan en el número de factores que componen el modelo, estableciendo una relación de 20 sujetos por factor (181).

Dado que el cuestionario rPATD tiene 22 y 19 ítems en sus dos respectivas versiones, se estableció una **muestra total de 120 sujetos**: 60 pacientes (para la modalidad para pacientes) y 60 cuidadores (para la modalidad para cuidadores).

Los cuestionarios con dos o más ítems en blanco se excluirían de estudio.

4.2.5 | Selección de la muestra

La selección de la muestra se realizó a través un **muestreo consecutivo** sobre los pacientes o cuidadores que acudieron a consulta programada de medicina de familia en cada uno de los centros participantes en el estudio. Se entendió como consulta programada aquella concertada previamente entre médico y usuario para el control, manejo o cuidado de cualquier problema de salud.

Se seleccionaron la totalidad de los sujetos que cumplieran los criterios de selección desde el día establecido como inicio de la recogida de datos hasta completar el tamaño muestral. Se estratificó la muestra por cada uno de estos tres centros.

De esta forma, la **muestra para pacientes** se estableció sobre los sujetos que fueron capaces de completar el cuestionario por sí mismos. En caso de que el sujeto no fuese capaz de rellenar el cuestionario por discapacidad física y/o intelectual, circunstancia determinada por su médico de

familia, se solicitó al cuidador principal que completase la modalidad para cuidadores, estableciéndose de este modo la **muestra para cuidadores**.

4.2.6 | Variables del estudio

Las variables recogidas en el estudio se agruparon en variables sociodemográficas, clínicas, relativas al cuestionario rPATD y relativas a la subescala de *preocupación* de la versión española del cuestionario BMQ (182).

a) Variables sociodemográficas.

Las variables sociodemográficas recogidas en el presente estudio se muestran en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Variables sociodemográficas recogidas en el estudio

Variables sociodemográficas	
Variable	Valores
Centro de salud	Alameda-Perchel Victoria Palma-Palmilla
Edad	Variable cuantitativa (años)
Sexo	Mujer Hombre
Nacionalidad	Texto abierto (nacionalidad declarada)
Nivel de estudios (En caso de la versión para cuidadores: de la persona que recibe los cuidados)	No sabe leer ni escribir Sabe leer pero no tiene estudios Estudios primarios incompletos Estudios primarios/EGB (hasta 2º de ESO) Estudios secundarios (hasta 4º de ESO) Bachillerato/FP grado medio FP grado superior Estudios universitarios incompletos Estudios universitarios
Ingresos económicos domésticos (por hogar) mensuales (En caso de la versión para cuidadores: de la persona que recibe los cuidados)	Menos de 525€ De 1720€ a 2039€ De 525€ a 749€ De 2040€ a 2489€ De 750€ a 969€ De 2490€ a 3279€ De 970€ a 1169€ De 3280€ a 4499€ De 1170€ a 1399€ De 4500€ a 5999€ De 1400€ a 1719€ De 6000€ en adelante
Manejo de la medicación (En caso de la versión para cuidadores: de la persona que recibe los cuidados)	La maneja solo/a La maneja solo/a con ayuda de un familiar o amigo La maneja un familiar o cuidador informal La maneja un cuidador profesional
Edad del cuidador^a	Variable cuantitativa (años)
Sexo del cuidador^a	Mujer Hombre
Lugar de residencia de la persona que recibe los cuidados^a	Domicilio sin acompañamiento Domicilio con familiares Domicilio con cuidador Residencia Otro: texto abierto
Relación del paciente con el cuidador^a (“La persona que recibe los cuidados es el _____ del cuidador”)	Marido/mujer Hermano/a Pareja de hecho Otro parentesco: texto abierto Padre/madre Sin parentesco Suegro/a

^a Sólo recogidas en la versión del cuestionario rPATD para cuidadores.

Para facilitar la interpretación de los datos, los valores de la variable **Nivel de estudios** se agruparon en tres intervalos (clases). A continuación se especifican las clases recodificadas:

- **Nivel de estudios bajo:** incluye “no sabe leer ni escribir”, “sabe leer pero no tiene estudios” y “estudios primarios incompletos”.
- **Nivel de estudios medio:** incluye “estudios primarios/EGB (hasta 2º de ESO)”, “estudios secundarios (hasta 4º de ESO)” y “bachillerato/FP grado medio”.
- **Nivel de estudios alto:** incluye “FP grado superior”, “estudios universitarios incompletos” y “estudios universitarios”.

Por otro lado, los valores de la variable **Ingresos económicos domésticos (por hogar) mensuales** se agruparon en cuatro intervalos (clases). Las clases recodificadas son:

- **Ingresos económicos bajos**, coincidentes con una cantidad de ingresos equivalentes a menos de uno o un Salario Mínimo Interprofesional de España (SMI): incluye “menos de 525€”, “de 525€ a 749€” y “de 750€ a 969€”.
- **Ingresos económicos medios-bajos**, coincidentes con una cantidad de ingresos equivalentes a entre 1 y 2 SMI: incluye “de 970€ a 1169€”, “de 1170€ a 1399€” y “de 1400€ a 1719€”.
- **Ingresos económicos medios-altos**, equivalentes a una cantidad entre 2 y 3.5 SMI: incluye “de 1720€ a 2039€”, “de 2040€ a 2489€” y “de 2490€ a 3279€”.
- **Ingresos económicos altos**, cantidad equivalente a más de 3.5 SMI: incluye “de 3280€ a 4499€”, “de 4500€ a 5999€” y “de 6000€ en adelante”.

b) Variables clínicas.

Las variables clínicas del presente estudio se muestran en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Variables clínicas recogidas en el estudio

Variables clínicas	
Variable	Valores
Antecedentes personales (En caso de la versión para cuidadores: de la persona que recibe los cuidados) (Respuesta Sí / No)	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Dislipemia Cardiopatía isquémica y/o insuficiencia cardíaca Accidente cerebrovascular Proceso neoplásico Enfermedad mental (incluyendo ansiedad y/o depresión) Artrosis y/o en enfermedad reumática Enfermedad respiratoria Enfermedad nefrourológica (incluido insuficiencia renal) Enfermedad hepática Enfermedad gastrointestinal Deterioro cognitivo/demencia
Número de fármacos en módulo informático de prescripción por paciente^a	Variable cuantitativa
Número de fármacos que realmente toma el paciente^a	Variable cuantitativa
Número de principios activos en módulo informático de prescripción por paciente	Variable cuantitativa
Número de principios activos por categorías según sistema de clasificación ATC por paciente (Variable cuantitativa)	A. Tracto alimentario y metabolismo L. Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores B. Sangre y órganos hematopoyéticos M. Sistema músculo-esquelético C. Sistema cardiovascular N. Sistema nervioso D. Dermatológicos P. Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes G. Sistema genitourinario y hormonas sexuales R. Sistema respiratorio H. Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas S. Órganos de los sentidos J. Antiinfecciosos para uso sistémico V. Varios

^a Fármaco entendido como presentación: comprimidos con uno o varios principios activos, inhaladores con uno o varios principios activos, colirios, cremas u otras presentaciones.

Clasificación ATC: clasificación Anatómica, Terapéutica, Química de fármacos.

Para la selección de los antecedentes personales se decidió emplear la misma clasificación que se utilizó en el estudio de validación del cuestionario original (159).

La **clasificación ATC** es el sistema europeo de codificación de sustancias farmacéuticas y medicamentos. En esta clasificación se establecen cinco niveles según el sistema u órgano efector y al efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química del fármaco (183). Se determinó que con el primer nivel (nivel anatómico, es decir, el órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco) sería suficiente para la interpretación de los resultados. Este nivel consta de 14 grupos. La clasificación ATC en sus dos primeros niveles (nivel anatómico y subgrupo terapéutico), empleada para la recogida de datos, puede consultarse en el **Anexo 3**.

c) Variables relativas al cuestionario rPATD.

- Puntuación de cada uno de los **ítems** que conforman la modalidad para pacientes y para cuidadores de la primera versión en español del cuestionario rPATD, según correspondiese.
- **Tiempo** en finalizar el cuestionario (minutos y segundos) (variable cuantitativa).

d) Variables relativas al cuestionario BMQ.

- Puntuación de la **subescala de preocupación** de la versión española del cuestionario BMQ para pacientes y para cuidadores, según correspondiese (182).

Dado que la versión española del cuestionario BMQ únicamente está enfocada a pacientes, se consultó con los autores del cuestionario original la metodología empleada en cuidadores. Estos desarrollaron una versión adaptada a cuidadores previo pilotaje en un subgrupo de cuidadores. Para el presente estudio se siguió la misma metodología con el fin de obtener una versión en español para cuidadores.

La subescala de *preocupación* de la versión española del cuestionario BMQ puede consultarse en el **Anexo 4a** en su modalidad para pacientes y en el **Anexo 4b** en su modalidad adaptada para cuidadores.

El resultado de las respuestas a la versión española del cuestionario rPATD (**Objetivo 5**) así como características de los sujetos de estudio y el análisis del perfil sociodemográfico, clínico y de prescripción (**Objetivo 6**) también fueron analizados.

4.2.7 | Recogida de datos

La recogida de datos se realizó por parte del equipo investigador y los médicos/as de familia colaboradores en el estudio. Una vez firmado el consentimiento informado, se suministró el cuestionario en su modalidad para pacientes o cuidadores, según correspondiese, para que el sujeto lo completase. El cuestionario es autocumplimentado, por lo que en ambos casos fue el sujeto de estudio el que lo completó.

Asimismo, se llevó a cabo la entrevista para la recogida del resto de variables sociodemográficas mediante el Cuaderno de recogida de datos (**Anexo 5**). Paralelamente, se revisaron las historias clínicas electrónicas y se solicitó al paciente o cuidador que llevase consigo la medicación que tomaba en ese momento para registrar la medicación prescrita, la medicación que tomaba y otros medicamentos que no figurasen en el módulo informático de prescripción (método de la Bolsa Marrón) (184).

Para analizar la fiabilidad intraobservador se realizó una segunda entrevista entre tres y cuatro semanas después de la primera para administrar de nuevo el cuestionario a un subgrupo de 40 sujetos (20 pacientes y 20 cuidadores) extraídos mediante muestreo aleatorio simple de la muestra total.

4.2.8 | Validez

La validez (*validity*) de un instrumento de medida hace mención a su capacidad de medir aquello para lo que se ha diseñado. Se trata de uno de los tres pilares, junto a factibilidad y fiabilidad, que apoyan el correcto diseño de un cuestionario. Está compuesta por varias dimensiones que estudian diferentes aspectos de la validez del cuestionario (175). En el presente estudio se analizó la **validez aparente** (en la fase de validación cualitativa, apartado 4.1), la **validez de constructo** y la **validez de criterio**.

4.2.8.1 | Validez de constructo: análisis factorial confirmatorio

La validez de constructo (*construct validity*) analiza el grado en que el cuestionario refleja la teoría del fenómeno que se quiere medir. Es, por tanto, la capacidad del instrumento de medir correctamente un constructo teórico. Para su análisis es habitual el empleo de un **análisis factorial**: un análisis multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamados factores (185).

En el artículo de validación del cuestionario original este atributo se analizó mediante un AFE (159). Este tipo de análisis factorial es un procedimiento exploratorio que analiza qué correlaciones existen entre las variables que componen un cuestionario. En el presente estudio, sin embargo, se realizó un **análisis factorial confirmatorio** (AFC). Esta variedad de análisis consiste en un subconjunto de una técnica estadística denominada **modelado de ecuaciones estructurales** (*structural equation modeling, SEM*). Mientras que el AFE es una técnica generadora de hipótesis empleada cuando no es posible saber de antemano qué relaciones existen entre las variables, el AFC es un método enfocado a la comprobación de hipótesis utilizado cuando ya existe alguna evidencia sobre qué elementos pertenecen a cada factor. De esta forma, primero se comprueba que los ítems efectivamente cargan en el mismo factor que en la versión original del instrumento, y, una vez comprobado esto, se analiza cómo de bueno es ese ajuste (175,186). El AFC es particularmente útil cuando se comparan dos versiones de una escala, por ejemplo, la versión original y la versión adaptada a otro idioma de un cuestionario, como es el caso que nos ocupa.

El análisis de la validez de constructo del cuestionario se corresponde con el **Objetivo 3b** del estudio. El objetivo del AFC fue testar y comparar el modelo teórico presentado por Reeve *et al.* (159) con la muestra de pacientes y cuidadores a los que se les aplicó la primera versión en español del cuestionario rPATD.

El modelo teórico de partida era un modelo multidimensional con una estructura de cuatro factores: *Implicación, Carga, Idoneidad y Preocupación sobre el cese*. Cada uno de los cuales estaba compuesto por cinco ítems en la versión para pacientes, y por cuatro (*Implicación y Carga*) o cinco (*Idoneidad y Preocupación sobre el cese*) en la versión para cuidadores.

Como primer paso del análisis se realizó un análisis de correlaciones entre los distintos ítems del cuestionario para confirmar su idoneidad para un análisis factorial. Como medida de correlación, dadas las características de las variables, se seleccionó el análogo robusto del coeficiente de correlación de Pearson.

Una vez evaluadas las correlaciones se comprobó la asunción de distribución normal multivariante, evaluada mediante el **test de Mardia** para cada versión del cuestionario y mediante el **test de Anderson-Darling** para cada ítem.

La primera hipótesis a evaluar fue que el cuestionario rPATD era una estructura compuesta por los cuatro factores indicados previamente. Esta hipótesis se evaluó a partir de un modelo de AFC (**Figura 4**) mediante una solución de cuatro factores correlacionados, fijando la primera carga de cada uno

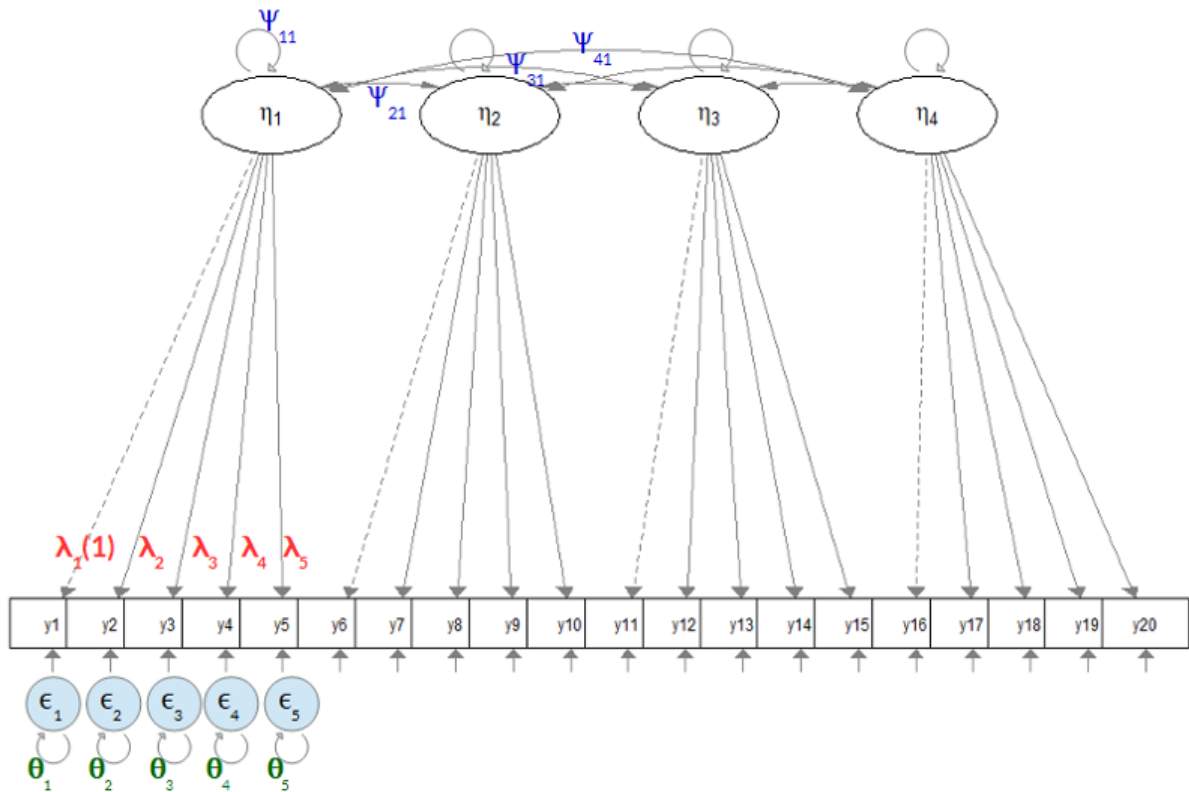
de los factores en 1 (lo que se conoce como *marker method*). La matriz de covarianzas implícita de este modelo sería: $\Sigma(\theta) = \Lambda\psi\lambda' + \Theta_\epsilon$, donde:

1. Λ (lambda) representa la matriz de carga de los factores (*factor loadings*).
2. ψ (psi) representa la matriz de varianzas-covarianzas de los factores latentes (*Implicación, Carga, Idoneidad y Preocupación sobre el cese*).
3. Θ_ϵ (theta-epsilon) representa la matriz de varianzas-covarianzas de los residuos.

En formato matricial, esta matriz se representaría de la siguiente forma:

$$\Sigma(\theta) = \begin{pmatrix} \lambda_1 & \psi_{11} & \psi_{21} & \psi_{31} & \psi_{41} \\ \lambda_2 & \psi_{12} & \psi_{22} & \psi_{32} & \psi_{42} \\ \lambda_3 & \psi_{13} & \psi_{23} & \psi_{33} & \psi_{43} \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ \lambda_i & \psi_{14} & \psi_{24} & \psi_{34} & \psi_{44} \end{pmatrix} (\lambda_1 \lambda_2 \lambda_3 \cdots \lambda_i) + \begin{pmatrix} \theta_{11} & \theta_{21} & \theta_{31} & \cdots & \theta_{j1} \\ \theta_{12} & \theta_{22} & \theta_{32} & \cdots & \theta_{j2} \\ \theta_{13} & \theta_{23} & \theta_{33} & \cdots & \theta_{j3} \\ \vdots & \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ \theta_{1j} & \theta_{2j} & \theta_{3j} & \cdots & \theta_{jj} \end{pmatrix}$$

En el modelo seleccionado inicialmente, como se fijó la primera carga de cada factor, los parámetros λ_1 , λ_6 , λ_{11} y λ_{16} tomaron el valor 1. Además, como no se permitió que los ítems cargasen en más de un factor, en la matriz Θ_ϵ todo lo que quedara fuera de la diagonal (es decir, los valores que quedaron fuera de *Diagonal* = $\theta_{11}, \theta_{22}, \theta_{33}, \dots, \theta_{jj}$) tomó el valor 0.

Figura 4. Representación del modelo del análisis factorial confirmatorio

Fuente: elaboración propia.

Una vez especificado el modelo, se seleccionó el estimador más adecuado a la distribución de los datos, se estimó el modelo y se procedió a evaluar su bondad de ajuste. Los pasos a seguir para evaluar el ajuste del modelo son los siguientes:

1. Evaluación del ajuste global del modelo.
2. Ajuste local del modelo, que permite evaluar si existe algún problema más específico en el ajuste.
3. Inspección de los parámetros del modelo.
4. Fiabilidad e información aportada por cada uno de los ítems para valorar si el test es bueno y si los ítems incluidos son de alguna utilidad.

a) Ajuste global del modelo

Una de las primeras opciones es la evaluación del ajuste global del modelo mediante un test χ^2 . Este se basa en los grados de libertad del modelo y se interpreta como lo cerca que se encuentra la matriz de covarianzas poblacional implícita, $\Sigma(\theta)$, de la matriz de covarianzas poblacional observada, Σ . El estadístico de ajuste global se denomina T ($T \approx \chi^2(df)$, donde df son los grados de libertad del modelo). Las hipótesis nula y alternativa serían:

$$H_0: \Sigma(\theta) = \Sigma$$

$$H_1: \Sigma(\theta) \neq \Sigma$$

Si aceptáramos la hipótesis nula (p-valor > 0.05) querría decir que el modelo planteado es verosímil bajo la hipótesis nula con los datos proporcionados (es decir, que el modelo teórico ajustaría los datos, y, por tanto, no sería un mal modelo). Como no es posible conocer las matrices poblacionales, estas se sustituyen por sus estimaciones, $\hat{\Sigma}(\theta)$ y S respectivamente. La diferencia que se buscaría minimizar en este caso es la covarianza residual, $S - \hat{\Sigma}(\theta)$, que será indicativa de un buen ajuste cuanto más próxima esté a 0. El valor de χ^2 del modelo es proporcional a esta covarianza residual, por lo que es mejor cuanto menor sea el valor de χ^2 .

El ajuste del modelo también se debe evaluar mediante índices de ajuste. Estos se clasifican en **índices absolutos** (comparan el ajuste del modelo con los datos observados), como el RMSEA, e **índices relativos o incrementales**, como CFI o TLI. Los índices incrementales estiman la relación entre la desviación del modelo ajustado respecto al modelo basal o nulo (un modelo en el que no hay co-variación entre los ítems, que se consideraría como el modelo de peor ajuste), así como la desviación del modelo saturado (un modelo de ajuste perfecto) frente al modelo basal. Si ambas desviaciones fuesen iguales, el cociente sería 1.

Estos índices tienen unos umbrales a partir de los cuales se define el ajuste como bueno. Aunque en el presente estudio se van a seguir los umbrales establecidos por Brown (187) y Kline (188), distintos estudios de simulación han demostrado que dichos umbrales pueden variar tanto en función del tamaño muestral como de la distribución de las variables (189,190).

Entre los índices evaluados, siguiendo las recomendaciones de Kline (188), se encuentran:

1. RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation): este índice se estima a partir de un parámetro que mide el grado de error en la especificación del modelo, de los grados de libertad y del tamaño muestral:

Toma valores que van de 0 a 1 (mejor cuanto menor). Sus valores umbrales más habituales son:

- Buen ajuste: $RMSEA < 0.05$.
- Ajuste aceptable: $0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$.
- Ajuste pobre: $RMSEA \geq 0.1$.

Se evaluó también el p-valor (denominado *PCLOSE: p of close fit*) del test unilateral sobre el RMSEA, cuya H_0 es que $RMSEA = 0.05$. Este p-valor indica un buen ajuste cuando no nos permite rechazar la hipótesis nula ($PCLOSE > 0.05$).

2. SRMR (Standardized Root Mean Square Residual): se puede definir como la discrepancia media entre las correlaciones observadas en la matriz de datos y las correlaciones estimadas por el modelo. Sus valores se encuentran entre 0 y 1 (mejor cuanto menor). Se considera un buen ajuste cuando $SRMR \leq 0.08$.

3. NFI (Normed Fit Index). Sus umbrales habituales son:

- Muy buen ajuste: $NFI \geq 0.95$.
- Ajuste marginal/aceptable: $0.90 \leq NFI < 0.95$.
- Ajuste pobre: $NFI < 0.90$.

4. CFI (Comparative Fit Index): este índice depende del tamaño medio de las correlaciones, por lo que si estas son reducidas, tenderá a valores bajos.

Está muy correlacionado con otro índice muy habitual, **TFI (Tucker Lewis Index)**, también denominado **NNFI (Non Normed Fit Index)**, por lo que no deberían incluirse los dos (188), si bien en la literatura suelen aparecer ambos. Cuanto más próximo a 1, mejor ajuste. Se pueden considerar los mismos umbrales que para NFI.

5. BIC (Bayesian Information Criterion) y AIC (Akaike Information Criterion): la principal utilidad de estos índices es la comparación de modelos anidados. Cuanto menor sea su valor, mejor ajuste.

Además, se reportaron otras medidas: **IFI (Incremental Fit Index)**, cuyo punto de corte se sitúa en 0.90 y su ventaja es que es poco sensible al tamaño muestral. También **AGFI (Adjusted Goodness of Fit)**, que es la proporción de varianza explicada por la covarianza estimada, un análogo de R^2 , cuyo punto de corte también se sitúa en 0.90. No hay acuerdo entre diferentes autores sobre si se deben incluir o no.

b) Ajuste local del modelo

Para analizar el ajuste local del modelo se evaluó la matriz de residuos resultantes de las diferencias entre la **matriz de varianzas-covarianzas empírica** y la **implícita**, ya que valores altos (en relación a los restantes valores de la matriz) indican un problema localizado a nivel de ítem. Los **valores positivos** indican que los ítems están más relacionados de lo que el modelo predice, mientras que los **valores negativos** son indicativos de ítems menos relacionados.

Los índices de modificación (detallados posteriormente) también permiten evaluar el ajuste local.

c) Inspección de los parámetros del modelo

Es necesario evaluar la **magnitud de las cargas** (*loadings*) y su significación, los errores estándar y el valor de R^2 de cada uno de los ítems.

También es importante analizar el **rango de las cargas**: ninguna debe ser negativa y las cargas estandarizadas no pueden ser superiores a 1 (excepto si hubiese ítems cargando en más de un factor). Tampoco debe haber varianzas negativas (ni de los factores, ni del error).

d) Fiabilidad e información aportada por los ítems

El último paso consiste en evaluar la **fiabilidad basada en el modelo**. Las cargas de cada uno de los ítems también dan información sobre la fiabilidad de ese ítem como indicador. Estas deberían estar, al menos, por encima de 0.50, aunque algunos autores ponen el umbral en 0.70.

Las medidas de fiabilidad del modelo nos permiten evaluar dos aspectos. Por un lado, la **validez de convergencia**, indicador de cómo de bien se correlacionan los ítems con el factor correspondiente (las variables observadas, es decir, los ítems ¿explican bien los factores latentes?). Por otro, la **validez de discriminación**, que indica si las variables se correlacionan más con variables ajenas a su factor de origen que con las variables de su propio factor. Estas medidas de fiabilidad se obtienen a partir de los siguientes índices:

1. Coeficiente omega (*McDonald's ω*), en cuya ecuación se incluyen las cargas de los factores (λ), así como las varianzas y covarianzas del error. El índice de **validez de convergencia** (*convergent validity*) se obtendría a partir de la raíz cuadrada del coeficiente omega de cada factor, indicando mejor validez cuanto más próximo a 1. La **validez de discriminación** se obtendría multiplicando la raíz cuadrada del coeficiente por la correlación entre los dos factores correspondientes, siendo

indicativos de ausencia de problemas de discriminación los valores bajos (cuanta mayor proximidad a 1, mayores problemas de validez de discriminación).

2. AVE (*Average Variance Extracted*, Varianza Media Extraída, o *Fornell-Larcker Criterion*). Algunos autores recomiendan este criterio como medida de la validez de convergencia, situando el umbral de una convergencia aceptable en $AVE \geq 0.5$ (191). Aunque en el presente estudio se expone este coeficiente, algunos autores desaconsejan su uso como criterio de validez de convergencia y de discriminación (192).

3. HTMT (*Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlation*). Esta reciente medida de validez de discriminación ha mostrado muy buenos resultados en diferentes estudios (192–194). El resultado será peor cuanto más próximo a 1. Se ha establecido un umbral $HTMT > 0.85$ como indicador de problemas de validez de discriminación.

e) Modificación y comparación de modelos

Para la comparación de modelos anidados, además del AIC y el BIC, se llevaron a cabo diversos test de razón de verosimilitud (*Likelihood Ratio Test* o LRT). En el caso de que el modelo teórico inicialmente propuesto no alcanzase un grado de ajuste adecuado, una vez analizadas las posibles causas a través del ajuste local y la inspección de los parámetros, existirían tres opciones posibles (si bien la óptima sería a partir de los resultados del test no reducido):

1. Simplificación del modelo: eliminar ítems que tengan un ajuste pobre, basando la eliminación en los índices y las diferentes matrices obtenidas del AFC. Para poder comparar el modelo reducido con el teórico original se debe mantener ese ítem en el modelo pero fijar su carga en 0 (si elimináramos el ítem no podríamos compararlo ni vía LRT ni AIC o BIC, ya que el modelo se basaría en datos diferentes).

Entre las situaciones que pueden hacer pensar en reducir un modelo, existen las siguientes:

- **Factores que tengan una correlación superior a 0.85:** se pueden simplificar en un único factor ya que una correlación muy alta entre factores indicaría una estructura más simple.
- **Cargas no significativas:** si un ítem no presenta correlación con el factor latente, no lo estaría midiendo, y, por lo tanto, no tendría utilidad a la hora de explicarlo.

2. Expansión del modelo: añadir más patrones. En concreto, permitir que los ítems puedan cargar en más de un factor y reducir así las restricciones del AFC. Para evaluar qué patrones se podrían incorporar hay dos posibles opciones:

- **Vía test del multiplicador de Lagrange** (*Lagrange Multiplier Test* o LM): este test da la reducción que cabría esperar en el estadístico χ^2 si se añadiesen determinados parámetros. Se obtienen dos índices: el **índice de modificación** (mi), que es el descenso esperado en el estadístico, y el **cambio esperado en el parámetro** (epc), que sería el valor aproximado que tendría el parámetro si se añadiese. Normalmente se considera la evaluación de parámetros que tengan un $mi > 10$ (lo que indicaría que el parámetro en cuestión tiene un p-valor < 0.001), ya que son los que podrían ayudar a mejorar el modelo.
- **Vía Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios** (*Exploratory Structural Equation Models* o ESEM): la metodología ESEM combina lo mejor del AFE y el AFC. No obstante, los requerimientos de tamaño muestral son importantes y con tamaños reducidos, como en el caso del presente estudio, puede dar como resultado modelos complejos difíciles de interpretar.

El problema del enfoque basado en la expansión (sobre todo el enfoque ESEM, donde un ítem podría estar cargando en todos los factores) es que puede dificultar la interpretación de los factores porque posibilita que un ítem mida más de una cosa. Cuando se añaden patrones es importante que se pueda explicar desde un punto de vista teórico. Una forma de facilitar la interpretación cuando se añaden patrones es fijar en 1 la carga de esos ítems en uno de los factores. Por otro lado, el enfoque ESEM se podría utilizar con fines exploratorios, ya que podría orientar a la simplificación de factores (si muchos de los ítems de un factor cargan en otro factor o viceversa).

3. Inclusión de un segundo nivel (AFC de segundo orden): añadir uno o más factores latentes que representen a los cuatro factores establecidos (es decir, que estos factores aniden en uno o varios factores latentes).

4.2.8.2 | Validez de criterio

La validez de criterio (*criterion validity*) es el grado de correlación entre un instrumento (cuestionario, en este caso) y otra medida de la variable a estudio que sirve de criterio o de referencia. Cuando existe una medida ampliamente aceptada (*gold standard*) se compara con esta. Sin embargo, en muchos casos no existe, por lo que se eligen otros instrumentos que sean comparables (175,186).

En el artículo de validación original se empleó la subescala específica de *preocupación* del cuestionario BMQ (148) como instrumento de referencia. De forma similar, en el presente estudio se decidió analizar la validez de criterio del cuestionario (**Objetivo 3c**) a través de la comprobación de hipótesis preestablecidas con la versión española del cuestionario BMQ, validada al español por Beléndez *et al.* (182).

A la hora de establecer estas hipótesis, los autores del cuestionario original identificaron tres factores (*Carga*, *Idoneidad* y *Preocupación sobre el cese*) como **potenciales predictores para la deprescripción**. El factor *Implicación* no se consideró que pudiera tener relación con la predisposición a la deprescripción, por lo que no se incluyó en el análisis.

Al igual que en la validación del cuestionario original, se hipotetizó que los tres factores del cuestionario rPATD identificados como potenciales predictores de la deprescripción se relacionarían con la subescala específica de *preocupación* de la versión española del cuestionario BMQ de la siguiente forma:

- Los factores *Carga* y *Preocupación sobre el cese* se relacionarían de forma directa.
- El factor *Idoneidad* se relacionaría de forma inversa.

Por tanto, existiría una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de estos factores del cuestionario y el instrumento de referencia medida a través del coeficiente gamma de correlación.

Por otro lado, siguiendo la metodología empleada en la validación del cuestionario original, los factores asociados a una mayor predisposición hacia la deprescripción (*Preocupación sobre el cese* e *Idoneidad*) se correlacionarían con una mayor carga de medicación (factor *Carga*). Se analizó si existía una correlación directa entre las puntuaciones de los factores *Carga* y *Preocupación sobre el cese*, así como una correlación inversa entre las puntuaciones de los factores *Carga* e *Idoneidad*, también mediante el coeficiente gamma de correlación.

El **coeficiente gamma** (γ) (asimismo llamado estadístico gamma o gamma de Goodman y Kruskal) es una medida de correlación cuyos valores oscilan entre -1 y 1. Se interpreta de la siguiente forma (195):

- Si $\gamma = 0$, no existe asociación entre las variables.
- Si $\gamma = 1$, existe una correlación positiva perfecta (cuando una variable aumenta, la otra variable también aumenta).

- Si $0 < \gamma < 1$, existe una correlación positiva entre las dos variables.
- Si $\gamma = -1$, existe una correlación negativa perfecta (cuando una variable aumenta, la otra variable disminuye).
- Si $-1 < \gamma < 0$, existe una correlación negativa.

La intensidad de la asociación del coeficiente gamma se interpreta de la forma que sigue (195):

- Si $0 \leq \gamma < 0.25$, no existe asociación.
- Si $0.25 \leq \gamma < 0.50$, asociación débil (positiva o negativa).
- Si $0.50 \leq \gamma < 0.75$, asociación moderada (positiva o negativa).
- Si $0.75 \leq \gamma \leq 1$, asociación fuerte (positiva o negativa).

4.2.9 | Fiabilidad

La fiabilidad (*reliability*) es el grado con el que un instrumento mide aquello que desea medir con precisión, es decir, sin error. Mide la proporción de la variación en las mediciones que se atribuye a la diversidad de valores que adopta la variable y no es producto del error, esto es, la proporción de la varianza total atribuible a las diferencias verdaderas entre sujetos. **Refleja el grado de error**, aleatorio o sistemático, inherente a cualquier instrumento de medida (175,186).

La fiabilidad tiene diversas dimensiones. En el presente estudio se analizaron la consistencia interna y la fiabilidad test-retest.

4.2.9.1 | Consistencia interna

La consistencia interna (*internal consistency*) cuantifica el grado de **homogeneidad que presentan los ítems** que miden un mismo atributo. Se trata del método más empleado a la hora de analizar la fiabilidad de un cuestionario. Cuando un cuestionario está compuesto por diferentes subescalas, como es el caso del cuestionario rPATD, cada una de ellas pretende medir una dimensión diferente del fenómeno, por lo que debe analizarse la consistencia interna de cada una de ellas (174).

Para examinar la consistencia interna de los ítems que componen los factores del cuestionario (**Objetivo 4a**) se empleó el coeficiente **alfa de Cronbach**. Este coeficiente analiza la correlación de

los ítems teniendo en cuenta cómo cada uno de los diferentes ítems mide las mismas características. Se considera el indicador más idóneo para consistencia interna porque da un único valor (186).

Su rango va de 0 a 1 y su interpretación es similar a la de un coeficiente de correlación: más homogeneidad cuanto más próximo a 1 sea su valor. Generalmente se considera un valor aceptable aquel superior a 0.7 (196).

4.2.9.2 | Fiabilidad test-retest

La fiabilidad test-retest (fiabilidad intraobservador, repetibilidad o *test-retest reliability*) es el **grado de constancia de las respuestas** a los ítems de un cuestionario obtenidas en ocasiones repetidas, en las mismas condiciones y en los mismos sujetos (175).

Para analizar la fiabilidad test-retest (**Objetivo 4b**) se realizó una segunda entrevista entre dos y tres semanas después de la primera para administrar el cuestionario de nuevo a un subgrupo de 40 sujetos (20 pacientes y 20 cuidadores) extraídos mediante muestreo aleatorio simple de la muestra total.

Al igual que en la validación del cuestionario original, se calculó el **coeficiente gamma** de correlación, descrito anteriormente, para cada factor del cuestionario, y el **coeficiente kappa de Cohen ponderado** (κ) para cada ítem individual.

El coeficiente kappa de Cohen es una medida que indica el grado de acuerdo existente entre dos observaciones. Se trata de un estimador más robusto que el simple cálculo del grado de concordancia ya que tiene en consideración el azar.

El coeficiente kappa adquiere valores de 0 a 1 y se interpreta de la siguiente forma (197):

- Si $\kappa = 0$, el acuerdo es equivalente al azar.
- Si $0 < \kappa < 0.20$, el grado de acuerdo es pobre.
- Si $0.21 < \kappa < 0.40$, el grado de acuerdo es justo.
- Si $0.41 < \kappa < 0.60$, el grado de acuerdo es moderado.
- Si $0.61 < \kappa < 0.80$, el grado de acuerdo es bueno.
- Si $0.81 < \kappa \leq 0.99$, el grado de acuerdo es muy bueno.
- Si $\kappa = 1$, existe un grado de acuerdo perfecto.

En general, para la interpretación de resultados similares a los del presente estudio, se acepta un valor de kappa de Cohen superior a 0.4 (198).

El coeficiente kappa de Cohen mide el grado de acuerdo exacto y no tiene en cuenta el grado de desacuerdo entre los distintos niveles de respuesta (todos los desacuerdos son tratados de la misma manera). Por este motivo, para el presente estudio se decidió emplear el coeficiente **kappa de Cohen ponderado**. Se trata de una extensión de kappa que permite distinguir entre el nivel de desacuerdo cuando existen más de dos categorías (198). De esta forma, este coeficiente asigna diferentes ponderaciones a los desacuerdos según su magnitud. Los valores asignados a cada uno de los pesos dependen de la importancia concedida a cada desacuerdo. Por su sencillez a la hora de comparar resultados con otros estudios se emplearon los denominados pesos lineales (174,199).

4.2.10 | Puntuación del cuestionario

Se mantuvo una escala de Likert con cinco opciones de respuesta para obtener una puntuación general, una para cada factor y una para ítem.

De forma similar al cuestionario original, un mayor acuerdo con los ítems de los factores *Carga*, *Preocupación sobre el cese* e *Implicación* se correspondería con mayores valores en la escala (5: totalmente de acuerdo, 4: de acuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 1: totalmente en desacuerdo). Por el contrario, los ítems del factor *Idoneidad* se puntuaron de forma inversa, ya que una mayor aceptación de los ítems de este factor se relacionaba con una menor percepción de tener una medicación apropiada.

4.2.11 | Análisis estadístico de los datos y paquetes estadísticos

El análisis estadístico específico para el análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario se ha detallado en cada apartado correspondiente.

En cuanto a la **estadística descriptiva**, para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central, de dispersión y de posición, mientras que para las cualitativas se calcularon las frecuencias absolutas y relativas. En todos los análisis se estableció el nivel de significación estadística en un valor de $p < 0.05$.

El cálculo estadístico se realizó con el programa *IBM Statistical Package for Social Sciences Statistics* versión 22.0 para Windows (IBM Corp, Armonk, NY).

Los procedimientos estadísticos relativos al análisis factorial del cuestionario se llevaron a cabo con el software libre R (200), empleando los paquetes *lavaan* (201), *semTools* (202), *psych* (203) y *MVN* (204).

Los datos brutos subyacentes al proceso de validación de la versión española del cuestionario rPATD se depositaron en el **repositorio Mendeley Data** (<http://dx.doi.org/10.17632/89rz9rgpys.1>).

El análisis estadístico fue llevado a cabo por el equipo investigador y el asesoramiento de Francisco Javier Barón López (Departamento de Salud Pública y Psiquiatría, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga) y la empresa de consultoría en bioestadística y estadística aplicada *Biostatech Advice Training and Innovation in Biostatistics*.

4.3 | Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga con fecha 2 de mayo de 2017 (código: 0611-N-17) y fue autorizado por el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce (Servicio Andaluz de Salud) con fecha 23 de junio de 2017.

Se desarrolló conforme al código ético de la Organización Mundial de la Salud (Declaración de Helsinki). La utilización de los datos se realizó cumpliendo la legislación vigente (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

Todos los sujetos participantes en el estudio debieron aceptar y firmar el consentimiento informado (**Anexo 6**).

5 | RESULTADOS

5.1 | Validación cualitativa

5.1.1 | Traducción directa

El resultado de la traducción directa de ambos traductores (con contexto y sin contexto) del inglés al español puede consultarse en el **Anexo 7a** (versión para pacientes) y en el **Anexo 7b** (versión para cuidadores).

5.1.2 | Síntesis

La versión de síntesis se obtuvo por consenso para todos los ítems. Sólo hubo discrepancia parcial en el **ítem 12**, que en el cuestionario original reza así:

“I know exactly what medicines I am currently taking, and/or I keep an up to date list of my medicines” y “I know exactly what medicines the person that I care for is currently taking and/or I have an up to date list of their medicines”.

El equipo investigador entendió que este ítem se puede interpretar como dos preguntas diferentes, por lo que se planteó la posibilidad de dividir el ítem en dos, uno para cada aspecto que se preguntaba, o mantener el formato original. Se decidió contactar a través de correo electrónico con Emily Reeve, autora del cuestionario rPATD original, y preguntarle acerca de la redacción de este ítem y si existieron problemas a la hora del análisis de las respuestas. Según la autora, el equipo investigador del cuestionario original también se planteó esta problemática ya que los sujetos de estudio podrían responder afirmativamente a una o las dos opciones incluidas en el ítem. Finalmente, aun sabiendo que, en cierto modo, rompía con lo establecido para elaborar ítems de un cuestionario, decidieron incluir ambas opciones. De esta forma, teniendo en cuenta las posibles limitaciones que podría conllevar incluir el ítem con el mismo formato que el cuestionario original, se decidió mantenerlo en la versión española del mismo.

La versión de síntesis puede consultarse en el **Anexo 8a** (versión para pacientes) y en el **Anexo 8b** (versión para cuidadores).

5.1.3 | Traducción inversa

El resultado de la traducción inversa puede consultarse en el **Anexo 9a** (versión para pacientes) y en el **Anexo 9b** (versión para cuidadores).

La valoración de los traductores 3 y 4 acerca del grado de dificultad percibida en la traducción se muestra en la **Tabla 5** (versión para pacientes) y en la **Tabla 6** (versión para cuidadores) (1: menor grado de dificultad; 10: mayor grado de dificultad).

Tabla 5. Valoración de los traductores 3 y 4 acerca del grado de dificultad en la traducción. Versión para pacientes

Versión Pacientes		
Ítem	Traductor 3	Traductor 4
1	2	1
2	2	1
3	2	1
4	2	1
5	2	1
6	2	1
7	2	1
8	2	1
9	4	5
10	2	1
11	2	1
12	2	1
13	2	1
14	2	1
15	2	1
16	2	1
17	2	1
18	2	1
19	2	1
20	2	1
21	2	1
22	8	1

Tabla 6. Valoración de los traductores 3 y 4 acerca del grado de dificultad en la traducción. Versión para cuidadores

Versión Cuidadores		
Ítem	Traductor 3	Traductor 4
1	2	1
2	2	1
3	2	1
4	2	1
5	2	1
6	2	1
7	2	1
8	2	1
9	2	1
10	2	1
11	2	1
12	2	1
13	2	1
14	2	1
15	2	1
16	2	1
17	2	1
18	2	1
19	7	1

El **traductor 3**, en la versión para pacientes, asignó un valor mínimo en la dificultad de la traducción (puntuación de 2) a todos los ítems excepto a los siguientes: el **ítem 9** (puntuación intermedia-baja: 4) y el **ítem 22** (puntuación intermedia-alta: 7). En la versión para cuidadores señaló el **ítem 19** (puntuación intermedia-alta: 7).

El **traductor 4** asignó la mínima puntuación en la dificultad de la traducción a todos los ítems de ambas versiones, excepto al **ítem 9** de la versión para pacientes, al que asignó un valor intermedio (puntuación de 5) debido a las diferentes interpretaciones en lengua inglesa del término “molesto”.

La valoración de los investigadores EGM, FLF y JIJR acerca del grado de equivalencia conceptual y semántica de cada ítem de la traducción inversa con respecto al cuestionario original se muestra en la **Tabla 7** (versión para pacientes) y en la **Tabla 8** (versión para cuidadores) (1: menor grado de equivalencia; 10: mayor grado de equivalencia).

Tabla 7. Valoración del grado de equivalencia traducción inversa – original. Versión para pacientes

Versión Pacientes						
	Traducción 3			Traducción 4		
	EGM	FLF	JIJR	EGM	FLF	JIJR
Párrafo 1	10	10	10	10	10	10
Párrafo 2	10	9	10	10	10	9
Escala	10	9	10	10	10	9
Ítem 1	10	9	10	10	9	8
Ítem 2	9	5	8	8	8	10
Ítem 3	10	5	10	10	8	10
Ítem 4	10	5	10	9	10	10
Ítem 5	10	9	10	9	10	10
Ítem 6	10	9	10	10	10	10
Ítem 7	10	9	10	10	10	10
Ítem 8	8	9	9	9	8	8
Ítem 9	9	5	9	9	7	1
Ítem 10	10	9	10	10	9	7
Ítem 11	10	9	10	10	10	10
Ítem 12	10	9	10	10	5	10
Ítem 13	10	7	10	10	10	8
Ítem 14	10	9	10	10	10	9
Ítem 15	10	9	10	10	10	9
Ítem 16	10	9	10	10	10	9
Ítem 17	10	9	10	10	10	9
Ítem 18	10	9	10	10	10	9
Ítem 19	9	9	10	10	9	5
Ítem 20	10	8	9	19	9	5
Ítem 21	10	9	10	10	10	10
Ítem 22	9	6	9	9	9	6

Tabla 8. Valoración del grado de equivalencia traducción inversa – original. Versión para cuidadores

Versión Cuidadores						
	Traducción 3			Traducción 4		
	EGM	FLF	JIJR	EGM	FLF	JIJR
Párrafo 1	10	10	10	10	10	9
Párrafo 2	10	9	10	10	10	9
Escala	10	9	10	10	10	9
Ítem 1	10	9	10	10	9	8
Ítem 2	9	5	10	8	8	9
Ítem 3	9	5	10	9	10	5
Ítem 4	10	9	9	10	10	8
Ítem 5	10	9	9	10	10	10
Ítem 6	10	9	7	10	10	9
Ítem 7	9	9	10	9	8	10
Ítem 8	10	9	10	9	10	10
Ítem 9	10	9	10	10	10	10
Ítem 10	10	9	9	10	10	10
Ítem 11	10	7	9	9	9	10
Ítem 12	10	9	8	10	10	9
Ítem 13	10	7	10	10	10	9
Ítem 14	10	9	10	10	10	9
Ítem 15	8	5	10	10	10	10
Ítem 16	10	9	9	10	10	9
Ítem 17	10	7	9	9	9	10
Ítem 18	10	9	9	10	10	5
Ítem 19	9	6	10	9	9	10

En la versión para pacientes se consideró que los siguientes ítems tenían un grado menor de equivalencia conceptual y semántica:

- **Ítem 2** (puntuación media: 8.0), debido al matiz anglófilo que conlleva el término “involucrar al paciente en la toma de decisiones”.
- **Ítem 9** (puntuación media: 6.7), debido, de nuevo, a la interpretación del término “molesto”.
- **Ítem 20** (puntuación media: 8.5), debido a las posibles interpretaciones que podrían hacer los pacientes de la expresión “preocupación por perderse beneficios de la medicación en el futuro”.

◦ **Ítem 22** (puntuación media: 8.0), por la dificultad que conlleva traducir “(...) *I would feel that he/she was giving up on me*”.

En la versión para cuidadores se consideraron los ítems siguientes:

- **Ítem 2** (puntuación media: 8.2), debido al mismo motivo que el ítem 2 de la versión para pacientes.
- **Ítem 19** (puntuación media: 8.8), debido al mismo motivo que el ítem 22 de la versión para pacientes.

A pesar de que la traducción inversa de los ítems remarcados para ambas versiones del cuestionario presentó un grado de equivalencia menor que el resto de ítems, el equipo investigador consideró que este grado era suficiente como para continuar con la siguiente fase de la validación cualitativa. Por tanto, **ningún ítem fue seleccionado para una redacción alternativa**.

5.1.4 | Consolidación

Las medias aritméticas de las puntuaciones asignadas por el grupo multidisciplinar de expertos acerca del grado de **comprensibilidad** (C) y **equivalencia** (E) de los ítems del cuestionario se indican en la **Tabla 9** (versión para pacientes) y en la **Tabla 10** (versión para cuidadores).

Tabla 9. Valoración del grupo de expertos acerca del grado de comprensibilidad (C) y equivalencia (E). Versión para pacientes

Ítem	C	E ^a
1	8.3	9.7
2	9.5	8.8
3	9.8	9.7
4	9.5	9.8
5	9.8	9.2
6	8.9	9.1
7	9.3	9.4
8	9.6	9.8
9	9.5	9.8
10	9.7	9.8
11	9.5	9.8
12	8.7	9.4
13	8.8	9.4
14	9.3	9.8
15	9.0	9.6
16	9.1	9.4
17	8.8	9.6
18	9.0	9.4
19	9.1	9.8
20	7.5	9.8
21	8.7	8.8
22	8.8	9.0

^a Un experto no valoró el grado de equivalencia.

Tabla 10. Valoración del grupo de expertos acerca del grado de comprensibilidad (C) y equivalencia (E). Versión para cuidadores

Ítem	C	E ^a
1	6.4	7.9
2	9.2	9.1
3	9.3	9.7
4	9.4	9.7
5	8.4	8.9
6	8.1	9.0
7	9.4	9.6
8	9.5	9.6
9	9.1	9.6
10	8.7	9.6 ^b
11	9.7	9.4
12	9.3	9.4
13	9.8	9.6
14	8.9	9.3
15	8.7	9.2
16	8.7	9.3
17	8.7	9.3
18	8.8	9.3
19	8.0	9.1

^a Un experto no valoró el grado de equivalencia.

^b Dos expertos no valoraron el grado de equivalencia.

Sólo un ítem (**ítem 1** versión para cuidadores) no superó la media establecida de 7.5 para comprensibilidad, por lo que se revisó su redacción. Además, según las aportaciones del apartado “Otros comentarios” del grupo de expertos se modificaron diversos ítems. Estas modificaciones fueron puestas en común por los investigadores EGM y JIJR. Para aquellos ítems en los que no se consensó una versión alternativa (versión para pacientes: ítems 19, 21 y 22; versión para cuidadores: ítems 17, 18 y 19) se consultó a FLF para obtener la redacción definitiva del ítem.

Las valoraciones del grupo multidisciplinar de expertos, los comentarios aportados a los ítems y la propuesta definitiva de cambio pueden ser consultados en el **Anexo 10a** (versión para pacientes) y **Anexo 10b** (versión para cuidadores).

5.1.5 | Pilotaje

La versión para pacientes se administró a 9 sujetos (5 hombres, 4 mujeres) y la versión para cuidadores a 7 sujetos (3 hombres, 4 mujeres). La distribución por centros de salud participantes en el estudio fue: centro de salud Victoria: 4 pacientes y 2 cuidadores, centro de salud Alameda-Perchel: 3 pacientes y 2 cuidadores, y centro de salud Palma-Palmilla: 2 pacientes y 3 cuidadores.

La edad media de los participantes en la versión para pacientes fue de 68.8 años (rango 51 – 83) y en la versión para cuidadores de 54.6 años (rango 45 – 72).

Se les facilitó el cuestionario para que lo completaran en presencia del personal investigador, permitiendo a los sujetos de estudio comentar la apariencia general del cuestionario y cada uno de los ítems que lo conformaban. Los investigadores realizaron preguntas en los casos necesarios. El pilotaje se continuó hasta la saturación de la información que se extraía de las entrevistas.

A raíz de esta última fase se realizaron modificaciones en los ítems 7, 9, 15, 17, 19 y 22 (versión para pacientes) y en los ítems 6, 15, 17 y 19 (versión para cuidadores). El pilotaje también se empleó para modificar el Cuaderno de recogida de datos y corregir la Hoja de información al paciente y consentimiento informado. Los comentarios y cambios propuestos se detallan en el **Anexo 11a** (versión para pacientes) y **Anexo 11b** (versión para cuidadores).

Al final de esta última fase de la validación cualitativa, el equipo investigador consideró que esta primera versión en español del cuestionario presentaba una **adecuada factibilidad y validez aparente** para su empleo.

5.2 | Análisis de las propiedades psicométricas

5.2.1 | Características de la muestra

Un total de 60 pacientes y 60 cuidadores de los 77 pacientes y 72 cuidadores a los que se les ofreció participar completaron el estudio (tasa de respuestas del 77.9% y 83.3%, respectivamente). Aquellos que rechazaron participar alegaron falta de tiempo (67.9%), no querer participar en un estudio de investigación (7.1%), u otras razones no especificadas (25.0%).

Las características de los participantes de la muestra se muestran en la **Tabla 11**.

Tabla 11. Análisis descriptivo de las características de los participantes en el estudio

	Versión Pacientes (n = 60)	Versión Cuidadores (n = 60)	
		Persona que recibe los cuidados	Cuidador
Edad (media [RIQ])	64.7 [55.6 – 74.7]	79.5 [72.2 – 87.0]	58.2 [47.0 – 66.0]
Sexo masculino	46.7 (28)	28.3 (17)	15.0
Nacionalidad española	93.3 (56)	100 (60)	
Nivel de estudios			
Bajo	15.0 (9)	47.5 (28)	
Medio	53.3 (32)	37.3 (22)	
Alto	31.7 (19)	15.2 (9)	
Ingresos económicos			
Bajos	46.6 (27)	38.9 (21)	
Medios-bajos	24.1 (14)	38.9 (21)	
Medios-altos	22.4 (13)	22.2 (12)	
Altos	6.9 (4)	0.0 (0)	
Manejo de la medicación			
Solo/a	95.0 (57)	6.7 (4)	
Solo/a con ayuda de familiar o amigo	3.3 (2)	28.3 (17)	
Familiar o cuidador informal	1.7 (1)	55.0 (33)	
Cuidador profesional	0.0 (0)	10.0 (6)	
Lugar de residencia			
Domicilio sin acompañamiento		21.7 (13)	
Domicilio con familiares		70.0 (42)	
Domicilio con cuidador		8.3 (5)	
Relación con persona que recibe los cuidados			
Marido/Mujer			28.3 (17)
Padre/Madre			46.7 (28)
Suegro/a			1.7 (1)
Hermano/a			1.7 (1)
Otro parentesco			1.7 (1)
Sin parentesco			20.0 (12)
Comorbilidades			
Diabetes mellitus	48.3 (29)	43.3 (26)	
Hipertensión arterial	71.1 (43)	80.0 (48)	
Dislipemia	63.3 (38)	48.3 (29)	
Cardiopatía isquémica/IC	26.7 (16)	33.3 (20)	
Accidente cerebrovascular	15.0 (9)	10.0 (6)	
Proceso neoplásico	16.7 (10)	11.7 (7)	
Enf. mental	36.7 (22)	56.7 (34)	
Artrosis/Enf. reumática	50.0 (30)	75.0 (45)	
Enf. respiratoria	36.7 (22)	28.3 (17)	

Enf. nefrourológica/IR	16.7 (10)	38.3 (23)	
Enf. hepática	5.0 (3)	11.7 (7)	
Enf. gastrointestinal	26.7 (16)	20.0 (12)	
Deterioro cognitivo/demencia	0.0 (0)	53.3 (32)	

Datos expresados como % (n) a no ser que se especifique lo contrario.

RIQ: rango intercuartílico; DE: desviación estándar; Enf: enfermedad; IC: insuficiencia cardíaca; IR: insuficiencia renal.

El análisis descriptivo de los fármacos prescritos (módulo de prescripción), los fármacos que tomaba realmente el sujeto de estudio y la clasificación de los principios activos se muestra en la **Tabla 12**.

Tabla 12. Análisis descriptivo de los fármacos de los sujetos de estudio

	Versión Pacientes (n = 60)	Versión Cuidadores (n = 60)
Fármacos en módulo de prescripción por paciente (media [DE])	9.9 [3.6]	10.1 [3.8]
5 – 6	25.0 (15)	16.7 (10)
7 – 10	31.7 (19)	40.0 (24)
11 – 15	35.0 (21)	35.0 (21)
16 – 20	8.3 (5)	5.0 (3)
> 20	0.0 (0)	3.3 (2)
Fármacos que toma el paciente (media [DE])	9.2 [3.4]	9.5 [3.3]
5 – 6	31.7 (19)	20.0 (12)
7 – 10	36.7 (22)	38.3 (23)
11 – 15	25.0 (15)	38.3 (23)
16 – 20	6.7 (4)	3.3 (2)
> 20	0.0 (0)	0.0 (0)
Principios activos en módulo de prescripción por paciente (media [DE])	10.9 [3.9]	10.6 [4.0]
A. Tracto alimentario y metabolismo	2.2 [1.7]	1.9 [1.3]
B. Sangre y órganos hematopoyéticos	0.9 [0.8]	1.0 [0.7]
C. Sistema cardiovascular	2.8 [2.0]	3.0 [1.9]
D. Dermatológicos	0.3 [0.7]	0.1 [0.4]
G. Sistema genitourinario y hormonas sexuales	0.3 [0.7]	0.1 [0.5]
H. Preparados hormonales sistémicos	0.3 [0.6]	0.3 [0.5]
J. Antiinfecciosos para uso sistémico	0.0 [0.1]	0.1 [0.3]
L. Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	0.1 [0.2]	0.0 [0.1]
M. Sistema músculo-esquelético	0.4 [0.9]	0.2 [0.5]
N. Sistema nervioso	2.5 [2.3]	3.0 [2.0]
P. Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	0.0 [0.0]	0.0 [0.0]
R. Sistema respiratorio	0.8 [1.2]	0.7 [1.4]
S. Órganos de los sentidos	0.1 [0.4]	0.3 [0.9]
V. Varios	0.0 [0.0]	0.0 [0.2]

Datos expresados como % (n) a no ser que se especifique lo contrario.

Número de principios activos según categorías de la clasificación ATC por paciente expresado en forma (media [DE]).

DE: desviación estándar.

5.2.1 | Validez

5.2.1.1 | Validez de constructo: análisis factorial confirmatorio

Como paso previo a los análisis se recodificaron los ítems correspondientes al factor *Idoneidad*, de manera que la máxima puntuación se correspondiese con el máximo grado de acuerdo.

a) Normalidad multivariante

Como era de esperar al tratarse de una escala ordinal, el test de normalidad multivariante **rechazó la hipótesis nula de normalidad multivariante**. Se presentan los resultados del test de Mardia para ambas versiones del cuestionario (**Tabla 13** y **Tabla 14**) y los resultados del test de Anderson-Darling para cada uno de los ítems (**Tabla 15** y **Tabla 16**). Se incluyen los coeficientes de asimetría y curtosis para cada ítem. Como se puede observar, los mayores valores de asimetría y curtosis se producen en los ítems del factor *Implicación*.

Tabla 13. Resultados del test de Mardia de normalidad multivariante. Versión para pacientes

Test	Estadístico	p-value	Resultado
Asimetría	1792.27183945936	7.43573362251332e-06	No
Curtosis	1.38435269834732	0.166250485137301	Sí

Tabla 14. Resultados del test de Mardia de normalidad multivariante. Versión para cuidadores

Test	Estadístico	p-value	Resultado
Asimetría	1454.58491553399	3.82661040581826e-22	No
Curtosis	6.41468342797174	1.411157857234e-10	No

Tabla 15. Resultados del test de Anderson-Darling de normalidad univariante. Versión para pacientes

Ítem	Estadístico	p-value	Asimetría	Curtosis	Normalidad
I1	100.456	<0.001	-1.418	1.026	No
I2	121.441	<0.001	-1.905	2.350	No
I3	83.205	<0.001	-1.851	3.141	No
I4	78.078	<0.001	-1.016	-0.044	No
I5	105.203	<0.001	-1.533	1.391	No
B1	25.909	<0.001	-0.032	-1.497	No
B2	17.805	1e-04	-0.047	-1.180	No
B3	27.699	<0.001	-0.313	-0.823	No
B4	17.170	2e-04	-0.134	-1.238	No
B5	24.415	<0.001	-0.394	-1.073	No
A1	28.729	<0.001	-0.744	-0.579	No
A2	26.177	<0.001	-0.185	-1.508	No
A3	18.575	1e-04	-0.101	-1.212	No
A4	18.653	1e-04	-0.191	-1.189	No
A5	17.605	1e-04	0.069	-1.216	No
C1	20.721	<0.001	0.298	-1.208	No
C2	22.614	<0.001	-0.142	-0.961	No
C3	17.011	2e-04	0.155	-1.179	No
C4	22.265	<0.001	0.575	-0.600	No
C5	21.332	<0.001	0.195	-1.328	No

Tabla 16. Resultados del test de Anderson-Darling de normalidad univariante. Versión para cuidadores

Ítem	Estadístico	p-value	Asimetría	Curtosis	Normalidad
I2	104.239	<0.001	-1.893	3.316	No
I3	87.486	<0.001	-2.164	5.228	No
I4	82.419	<0.001	-2.096	5.564	No
I5	149.228	<0.001	-2.998	8.786	No
B1	22.204	<0.001	0.105	-1.202	No
B3	23.119	<0.001	-0.222	-1.191	No
B4	27.883	<0.001	0.318	-1.239	No
B5	18.827	1e-04	-0.012	-1.253	No
A1	28.704	<0.001	-0.708	-0.524	No
A2	23.531	<0.001	-0.392	-1.123	No
A3	21.521	<0.001	-0.339	-0.686	No
A4	28.423	<0.001	-0.548	-0.939	No
A5	23.970	<0.001	-0.270	-1.283	No
C1	25.134	<0.001	0.483	-0.990	No
C3	25.874	<0.001	0.343	-1.168	No
C4	29.674	<0.001	0.640	-0.795	No
C5	23.293	<0.001	0.086	-1.389	No

b) Correlación entre los ítems

Las matrices de correlaciones entre los ítems del cuestionario se presentan en la **Figura 5** (versión para pacientes) y en la **Figura 6** (versión para cuidadores). Los colores de la matriz van del verde (correlación positiva) al naranja (correlación negativa) y se indica mediante una cruz aquellas correlaciones que no resultaron significativas.

Respecto a la **matriz de correlaciones de la versión para pacientes**, se puede resaltar lo siguiente:

- Aparecen correlaciones elevadas tanto positivas como negativas (estas últimas asociadas a las correlaciones de los ítems del factor *Implicación*).
- Los ítems del factor *Implicación* presentan más correlaciones significativas en esta versión del cuestionario.
- El ítem B1 tan sólo presenta 2 correlaciones significativas.

En relación a la **matriz de correlaciones de la versión para cuidadores**, destaca lo siguiente:

- En general, las correlaciones entre ítems son elevadas y positivas.
- Los ítems del factor *Implicación* presentan un reducido número de correlaciones significativas respecto a los ítems de los restantes factores. El ítem I4 no presenta ninguna correlación significativa.
- El ítem B1 tan sólo presenta tres correlaciones significativas, que además son de magnitud reducida.

Figura 5. Correlaciones robustas entre los ítems del cuestionario. Versión para pacientes

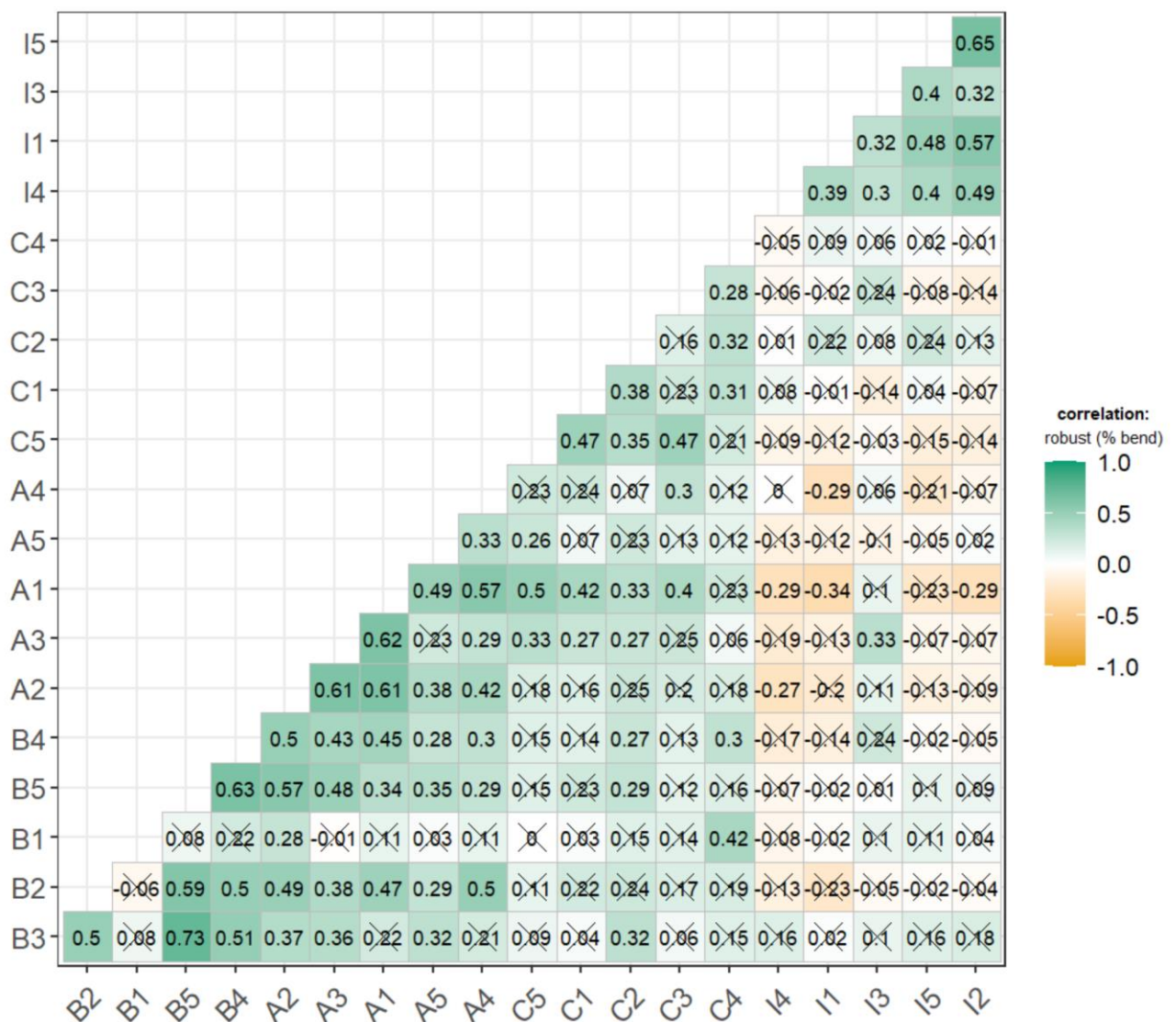
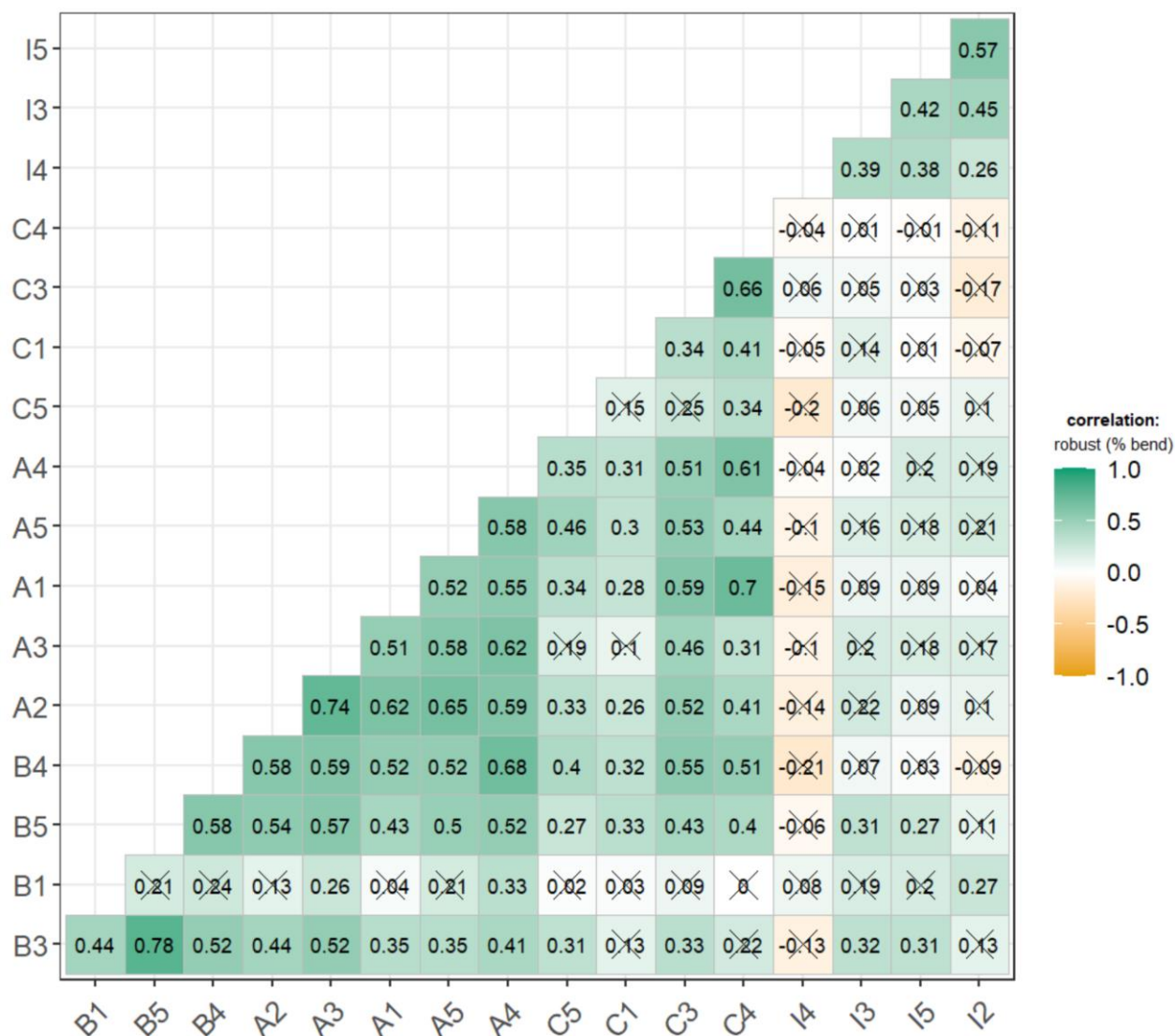


Figura 6. Correlaciones robustas entre los ítems del cuestionario. Versión para cuidadores

c) Selección del estimador

Dado que la asunción de normalidad multivariante no se cumple (partimos de datos ordinales), era necesario seleccionar un estimador que no se viese afectado por esta ausencia de normalidad. Con los datos de los que partíamos existían dos posibles opciones. Una era optar por una opción robusta de un estimador de máxima verosimilitud (*Robust Maximum Likelihood estimator*). Otra era optar por una opción robusta de un estimador adaptado a datos ordinales (estimadores basados en mínimos cuadrados ponderados: *Weighted Least Squares estimators* o WLS). El problema de estos

últimos es que pueden dar resultados sesgados con tamaños de muestra pequeños y datos no normales (205).

Tras los análisis iniciales, se eligió un estimador robusto de máxima verosimilitud ya que los modelos basados en estimadores WLS dieron problemas de convergencia y de estimación (alguno de los parámetros no se pudo estimar).

d) Modelo inicial

Versión para pacientes

▪ Especificación del modelo

El primer paso a la hora de evaluar la correcta especificación del modelo es estimar los grados de libertad (*df*) del mismo:

$$df = n^{\circ} \text{ de valores conocidos} - n^{\circ} \text{ de parámetros libres}$$

El número de **parámetros conocidos** se obtiene a partir de la ecuación $\frac{p(p+1)}{2}$, donde *p* representa el número de ítems del cuestionario.

El número de **parámetros libres** del modelo se obtiene restando al número de **parámetros únicos** del modelo (los obtenemos a partir de $\sum(\theta)$), el número de **parámetros fijos**. En el modelo especificado, tal y como se indica en el apartado de Material y métodos, como parámetros únicos tenemos $20 (\lambda's) + 10 (\psi's) + 210 (\theta's) = 240$. Como las matrices ψ y Θ_{ϵ} son simétricas (es decir, el valor de, por ejemplo, θ_{12} es igual al de θ_{21}) para obtener los parámetros únicos trabajamos con la hemimatriz. Como parámetros fijos tenemos $4 (\lambda's \text{ fijadas en } 1) + 190 (\theta's \text{ que toman valor } 0: 210 - 20) = 194$.

El número de valores conocidos es $210 (\frac{20(20+1)}{2})$ y el de parámetros libres es 46 ($240 - 194$), por lo que existen 164 grados de libertad ($df = 210 - 46$). Además, como el número de valores conocidos es mayor que el número de parámetros libres, se considera que el modelo está sobreidentificado. Esto se considera bueno en un AFC, a diferencia de un modelo infraidentificado, donde el número de valores conocidos es menor que el número de parámetros libres.

▪ Ajuste global del modelo

El ajuste global del modelo basado en el test χ^2 ($\chi^2(164) = 175.4$, *p*-valor = 0.256) indica que el modelo es verosímil bajo la hipótesis nula, es decir, **el modelo teórico planteado ajusta los datos**.

Este modelo ajusta mejor los datos que un modelo de un único factor ($\chi^2(170) = 218.53$, p-valor = 0.007) o que un modelo de cuatro factores en el que no se permiten covarianzas entre esos cuatro factores latentes ($\chi^2(170) = 198.45$, p-valor = 0.07).

Los respectivos **test de razón de verosimilitud** también favorecen al modelo de cuatro factores correlacionados frente a los dos citados ($\chi^2_{1Factor} - \chi^2_{4Factor(Correlated)} = 111.86(6)$, p-valor < 0.001; $\chi^2_{4Factor(Uncorrelated)} - \chi^2_{4Factor(Correlated)} = 51.04(6)$, p-valor < 0.001).

Los **índices de ajuste** muestran un ajuste pobre, excepto RMSEA, que indica un ajuste aceptable (RMSEA = 0.074, IC 90% 0.04 – 0.1), y un p-valor de 0.108 (**Tabla 17**).

Tabla 17. Índices de ajuste del modelo inicial. Versión para pacientes

RMSEA	SRMR	NFI	CFI	IFI	AGFI
0.074	0.099	0.633	0.877	0.885	0.741

▪ Parámetros del modelo

Las cargas (λ 's o *factor loadings*) no estandarizadas y estandarizadas, el error estándar, el estadístico Z con el p-valor asociado y el R^2 asociado a cada uno de los ítems se muestran en la **Tabla 18**. Se incluye también la varianza residual (también denominada *item uniqueness*). Esta debería ser baja (un umbral habitual es que se encuentre por debajo de 0.5), ya que un valor alto indicaría que la variación en el indicador no estaría explicada por la estructura del factor.

Tabla 18. Cargas estimadas de los factores del modelo inicial. Versión para pacientes

Factor	Ítem	B	SE	Z-value	Beta	sig	R^2	Uniqueness
Implicación	I1	1.512	0.354	4.271	0.748	***	0.559	0.441
	I2	1.922	0.429	4.478	0.865	***	0.749	0.251
	I3	1.448	0.598	2.423	0.524	*	0.275	0.725
	I4	1.000	0.000	NA	0.447	NA	0.200	0.800
	I5	1.722	0.390	4.415	0.862	***	0.743	0.257
Carga	B1	0.177	0.262	0.677	0.097	ns	0.009	0.991
	B2	1.132	0.251	4.515	0.732	***	0.535	0.465
	B3	1.000	0.000	NA	0.741	NA	0.550	0.450
	B4	1.266	0.275	4.599	0.786	***	0.618	0.382
	B5	1.320	0.239	5.514	0.854	***	0.730	0.270
Idoneidad	A1	0.978	0.162	6.022	0.855	***	0.731	0.269
	A2	1.000	0.000	NA	0.741	NA	0.549	0.451
	A3	0.770	0.147	5.221	0.666	***	0.444	0.556
	A4	0.681	0.178	3.827	0.587	***	0.345	0.655
	A5	0.599	0.191	3.131	0.500	**	0.250	0.750
Preocupación sobre el cese	C1	0.934	0.234	3.989	0.665	***	0.443	0.557
	C2	0.538	0.199	2.702	0.453	**	0.205	0.795
	C3	0.709	0.198	3.587	0.542	***	0.293	0.707
	C4	0.525	0.199	2.642	0.425	**	0.181	0.819
	C5	1.000	0.000	NA	0.733	NA	0.537	0.463

B y Beta: cargas no estandarizadas y estandarizadas, respectivamente; SE: error estándar; R^2 : R cuadrado; Uniqueness: varianza del error de los ítems.

Significación de p-value: ***: p-value ≤ 0.001 ; **: $0.001 < \text{p-value} \leq 0.01$; *: $0.01 < \text{p-value} \leq 0.05$; ns: p-value > 0.05 .

Ninguna de las cargas estandarizadas presentó signo negativo ni se encontró por encima de 1, con un rango que fue de 0.429 a 0.865 (exceptuando B1, que presentó un valor menor). Todas las cargas, excepto B1, fueron significativas. Las más altas correspondieron a los ítems I5, I2, B5 y A1. Estos ítems presentaron además el mayor valor de R^2 y las menores varianzas residuales. Entre las cargas < 0.5 encontramos los siguientes ítems: I4, A5, C2 y C4. Destacó la elevada varianza residual de B1, I4, C4, C2, C3, A5 e I3.

Las correlaciones entre los factores se presentan en la **Tabla 19**. Se observa que las correlaciones significativas se dieron entre los factores *Idoneidad* y *Carga*, y entre *Idoneidad* y *Preocupación sobre*

el cese. La correlación de *Implicación* con *Preocupación sobre el cese* y con *Idoneidad* fue negativa (aunque no significativa).

Tabla 19. Correlaciones estandarizadas entre factores del modelo inicial. Versión para pacientes

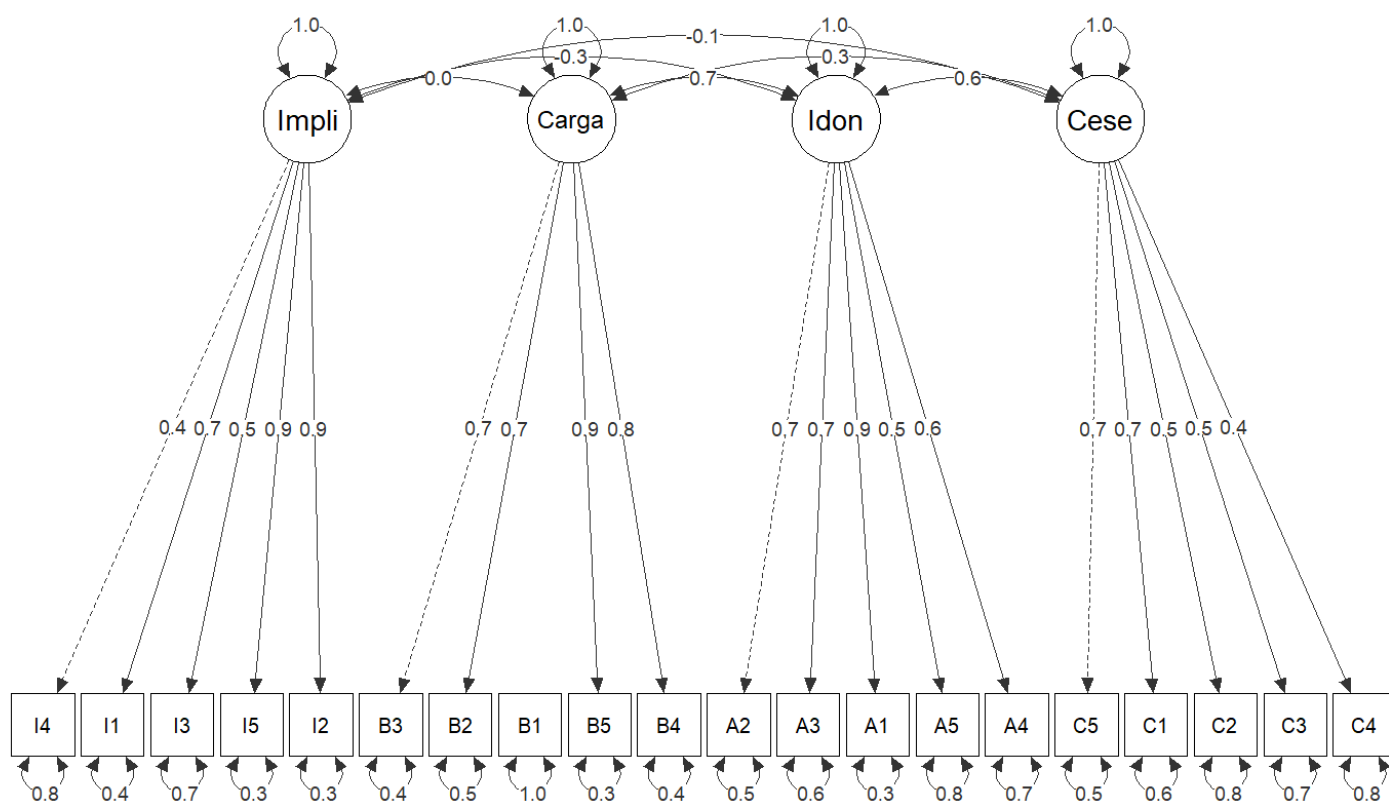
Factor 1	Factor 2	Correlación	sig
Impli	Carga	0.013	ns
Impli	Idon	-0.254	ns
Impli	Cese	-0.071	ns
Carga	Idon	0.703	***
Carga	Cese	0.327	ns
Idon	Cese	0.629	***

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

Significación de p-value: ***: $p\text{-value} \leq 0.001$; **: $0.001 < p\text{-value} \leq 0.01$; *: $0.01 < p\text{-value} \leq 0.05$; ns: $p\text{-value} > 0.05$.

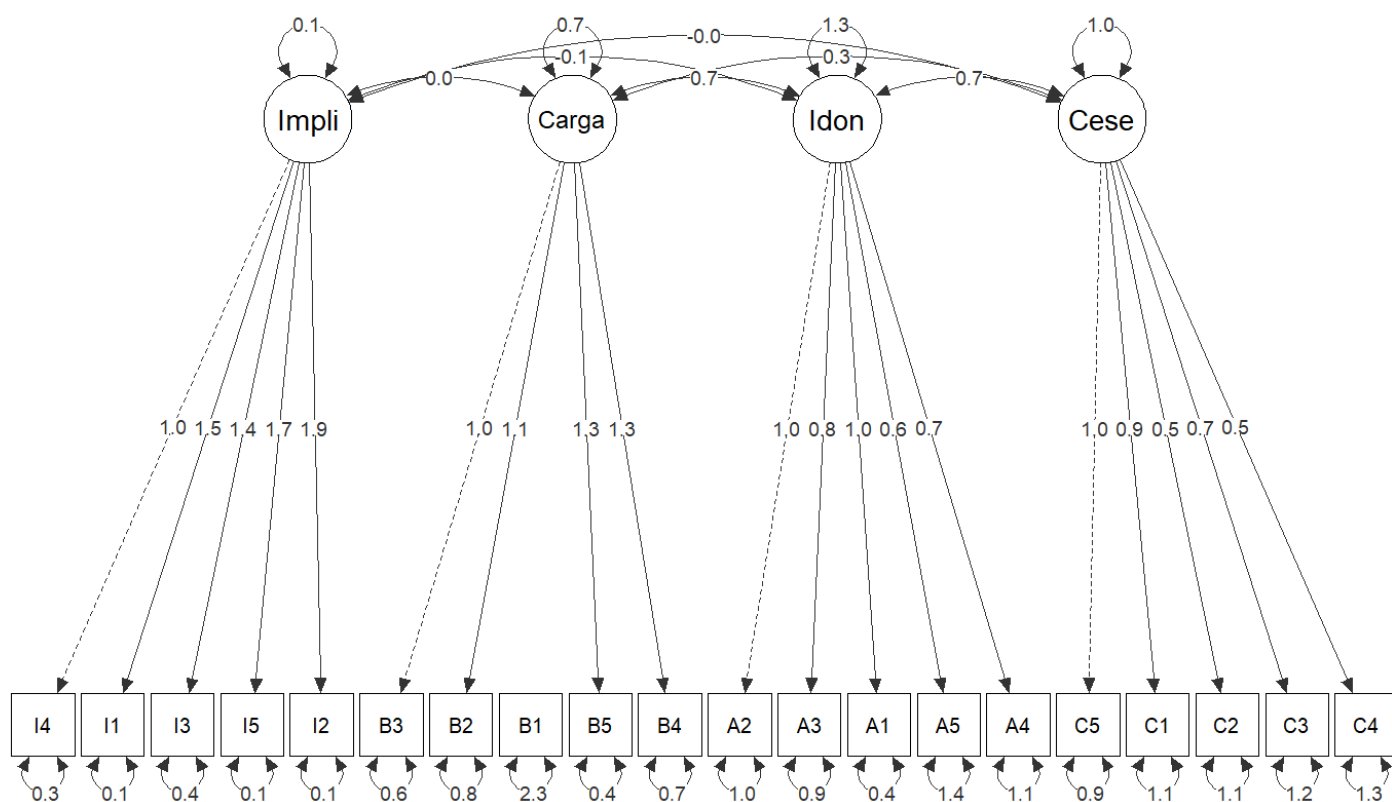
En la **Figura 7** y la **Figura 8** se presentan de manera gráfica los parámetros (estandarizados y no estandarizados, respectivamente) estimados por el modelo.

Figura 7. Diagrama del modelo inicial con el valor estimado de los parámetros estandarizados.
Versión para pacientes



Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

Figura 8. Diagrama del modelo inicial con el valor estimado de los parámetros no estandarizados.
Versión para pacientes



Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

▪ Ajuste local y fiabilidad

La matriz con las diferencias entre la matriz de varianzas-covarianzas empírica y la implícita se muestra en la **Tabla 20**. Cuanto menor es la diferencia entre estas matrices, mejor es el ajuste del modelo. Las mayores diferencias positivas se encontraron en B1 respecto a C4 y A2. Las mayores diferencias negativas se encontraron entre A2 y C5 y entre B3 y A1.

Tabla 20. Diferencias entre las matrices de varianzas-covarianzas empírica e implícita del modelo inicial. Versión para pacientes

	I4	I1	I3	I5	I2	B3	B2	B1	B5	B4	A2	A3	A1	A5	A4	C5	C1	C2	C3	C4
I4	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I1	-0.002	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I3	0.010	-0.032	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I5	-0.009	-0.001	0.030	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I2	0.003	0.003	-0.002	-0.002	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B3	0.114	0.000	0.037	0.081	0.106	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B2	-0.147	-0.155	0.040	-0.059	-0.057	-0.062	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B1	-0.054	-0.103	0.097	0.065	0.045	-0.036	-0.300	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B5	-0.060	-0.032	-0.043	0.032	0.058	0.131	-0.063	-0.105	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B4	-0.089	-0.146	0.136	-0.017	-0.040	-0.066	0.065	0.337	-0.035	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A2	-0.173	-0.070	0.295	0.063	0.026	-0.040	0.301	0.508	0.293	0.329	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A3	-0.087	-0.025	0.317	0.062	0.072	-0.018	0.128	-0.114	0.145	0.083	0.234	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A1	-0.134	-0.130	0.182	0.012	-0.054	-0.318	0.132	0.083	-0.288	0.023	-0.085	0.000	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A5	-0.065	-0.018	-0.082	0.067	0.077	0.100	0.151	0.065	0.140	0.051	-0.026	-0.276	0.067	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A4	0.064	-0.100	0.257	-0.064	0.009	-0.182	0.227	0.101	-0.186	0.063	-0.098	-0.188	0.128	0.079	0.000	NA	NA	NA	NA	NA
C5	-0.018	-0.030	-0.047	-0.059	-0.068	-0.132	-0.062	-0.058	-0.116	-0.038	-0.341	-0.036	0.117	-0.001	-0.031	0.000	NA	NA	NA	NA
C1	0.084	0.049	-0.097	0.020	-0.046	-0.201	-0.020	-0.056	0.048	0.133	-0.271	0.093	0.195	-0.199	-0.050	0.015	0.000	NA	NA	NA
C2	-0.009	0.136	0.033	0.167	0.142	0.264	0.127	0.216	0.182	0.295	0.020	-0.015	0.063	0.128	-0.214	-0.051	0.090	0.000	NA	NA
C3	0.021	-0.016	0.178	0.008	-0.044	-0.082	0.163	0.259	-0.061	-0.135	-0.093	-0.096	0.129	-0.078	0.264	0.121	-0.169	-0.183	0.000	NA
C4	-0.025	0.015	0.017	0.007	-0.020	-0.021	0.048	0.698	-0.055	0.304	-0.082	-0.278	0.025	0.024	-0.159	-0.085	0.035	0.166	0.101	0

NA: no aplicable

En la **Tabla 21** se presentan los **índices de modificación** cuya magnitud es superior a 10. En función de los resultados del test del multiplicador de Lagrange, parece que podría mejorar el modelo permitir que al ítem A1 se le permitiese cargar en el factor *Carga* y que se permitiese la correlación entre B3 y B5.

Tabla 21. Valores superiores de índices de modificación del modelo inicial. Versión para pacientes

	LHS	OP	RHS	MI	EPC
1	B3	~~	B5	10.12	0.381
2	Carga	=~	A1	10.06	-0.857

LHS (*left hand side*): expresión al lado izquierdo; OP: operador; RHS (*right hand side*): expresión al lado derecho; MI: índice de modificación; EPC: cambio esperado en el parámetro.

En la **Tabla 22** se muestran las diferentes medidas de **fiabilidad del modelo** para cada uno de los parámetros: alfa, omega, AVE y validez de convergencia. La validez de convergencia fue adecuada (los ítems se correlacionan bien con el factor latente), si bien ligeramente más baja en el factor *Preocupación sobre el cese*. Sin embargo, si aplicásemos el criterio AVE, se observa que ninguno de los factores llegaría a 0.5.

Tabla 22. Parámetros para evaluar la fiabilidad del modelo inicial. Versión para pacientes

Parámetro	Impli	Carga	Idon	Cese
Alfa	0.8007	0.7356	0.7933	0.7023
Omega	0.8103	0.7869	0.8178	0.7094
AVE	0.4695	0.4515	0.4652	0.3465
Validez de convergencia	0.8997	0.8815	0.8984	0.8440

AVE: varianza media extraída.

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

Los valores de **validez de discriminación estimada en función de omega** se muestran en la **Tabla 23**. Como se puede observar, la validez de discriminación fue elevada entre el factor *Idoneidad* y los factores *Carga* y *Preocupación sobre el cese*.

Tabla 23. Validez de discriminación del modelo inicial estimada en función de omega. Versión para pacientes

	Impli	Carga	Idon	Cese
Impli	1	NA	NA	NA
Carga	0.012	1	NA	NA
Idon	-0.228	0.62	1	NA
Cese	-0.063	0.289	0.568	1

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

NA: no aplicable.

Los valores de **validez de discriminación basados en el criterio HTMT** se muestran en la **Tabla 24**. Ninguno de estos valores supera el umbral de 0.85. Esto indica que, basándose en este criterio, no se puede afirmar que no exista validez de discriminación. Los factores *Carga* e *Idoneidad* son los que más se aproximan a 0.85, lo que podría indicar que alguno de los ítems de *Carga* se correlaciona más con el factor de *Idoneidad* que con los ítems de *Carga* (y viceversa).

Tabla 24. Validez de discriminación del modelo inicial basada en el criterio HTMT. Versión para pacientes

	Impli	Carga	Idon	Cese
Impli	1	NA	NA	NA
Carga	0.2131	1	NA	NA
Idon	0.3504	0.8044	1	NA
Cese	0.1958	0.4434	0.5899	1

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

NA: no aplicable.

▪ Propuesta de mejora del modelo

Como se indicó en el apartado de Material y métodos, la mejora del modelo se podría dar tanto en términos de simplificación del modelo como favoreciendo la expansión del mismo. Aunque el modelo teórico parece ajustarse a los datos en términos de χ^2 , los índices de ajuste (excepto RMSEA) indicaron que este ajuste era pobre y podría ser mejorado.

Favoreciendo la simplificación, existen una serie de ítems con un ajuste pobre que serían candidatos a una posible eliminación: B1 sin lugar a dudas, ya que su carga fue prácticamente nula y su error alto. Otros ítems que presentaron cargas bajas y varianzas residuales elevadas son I4, A5, C2 y C4.

Por otro lado, el factor *Idoneidad* estableció correlaciones elevadas con *Carga* y con *Preocupación sobre el cese* (más elevadas con la primera), lo que podría indicar la necesidad de simplificar los factores. La validez de discriminación más problemática —la que se dio entre *Idoneidad* y *Carga*—, también parecía indicar que sería razonable una simplificación de factores. También se podría llevar a cabo un AFC de segundo orden, donde se generarían unos factores latentes que pudiesen reflejar estas relaciones.

Favoreciendo la expansión, se podría suponer una posible mejora del modelo si se permitiera la correlación entre los ítems B3 y B5, así como permitiendo la carga cruzada de A1 en el factor *Carga*.

Los pasos orientados a la mejora (ya sea simplificación o expansión) del modelo, deben estar basados en criterios teóricos más que en criterios estadísticos. Es decir, deben poder ser explicados e interpretados fácilmente y ser coherentes con el conocimiento existente en el campo de estudio.

El equipo investigador decidió la **mejora del modelo a través de su expansión** ya que encontró una explicación teórica a las correlaciones halladas y, además, así se obtendría un modelo similar al del cuestionario original, lo que facilitaría la comparación de resultados.

Versión para cuidadores

▪ Especificación del modelo

En el modelo especificado, tal y como se indica en el apartado de Material y métodos, los **parámetros únicos** son $17 (\lambda's) + 10 (\psi's) + 153 (\theta's) = 180$. Como **parámetros fijos** tenemos $4 (\lambda's \text{ fijadas en } 1) + 136 (\theta's \text{ que toman valor } 0: 153 - 17) = 140$.

El modelo teórico estimado para la versión de cuidadores tiene 153 valores conocidos y 40 parámetros libres, por lo que tiene 113 los grados de libertad. El número de valores conocidos es mayor al número de parámetros libres, por lo que el modelo está sobreidentificado.

▪ Ajuste global del modelo

El ajuste global del modelo basado en el test χ^2 ($\chi^2(113) = 132.241$, p-valor = 0.104) indica que el modelo es verosímil bajo la hipótesis nula, es decir, **el modelo teórico planteado ajusta los datos**.

Este modelo ajusta mejor los datos que un modelo de un único factor ($\chi^2(119) = 152.53$, p-valor = 0.021) o que un modelo de cuatro factores en el que no se permiten covarianzas entre esos cuatro factores latentes ($\chi^2(119) = 159.13$, p-valor = 0.008).

Los respectivos **test de razón de verosimilitud** también favorecen al modelo de cuatro factores correlacionados frente a los dos citados ($\chi^2_{1Factor} - \chi^2_{4Factor(Correlated)} = 43.241(6)$, p-valor < 0.001; $\chi^2_{4Factor(Uncorrelated)} - \chi^2_{4Factor(Correlated)} = 67.57(6)$, p-valor < 0.001).

Los **índices de ajuste** muestran un ajuste pobre, con un RMSEA que también indica un ajuste pobre (RMSEA = 0.1, IC 90% 0.07 – 0.127) y un p-valor de 0.005 (**Tabla 25**).

Tabla 25. Índices de ajuste del modelo inicial. Versión para cuidadores

RMSEA	SRMR	NFI	CFI	IFI	AGFI
0.1	0.105	0.682	0.847	0.855	0.741

▪ Parámetros del modelo

Las cargas (λ 's o *factor loadings*) no estandarizadas y estandarizadas, el error estándar, el estadístico Z con el p-valor asociado y el R^2 asociado a cada uno de los ítems se muestran la **Tabla 26**. Se incluye también la varianza residual (*item uniqueness*).

Tabla 26. Cargas estimadas de los factores del modelo inicial. Versión para cuidadores

Factor	Ítem	B	SE	Z-value	Beta	sig	R^2	Uniqueness
Implicación	I2	0.601	0.494	1.217	0.442	ns	0.196	0.804
	I3	1.484	0.350	4.234	0.888	***	0.789	0.211
	I4	1.000	0.000	NA	0.632	NA	0.400	0.600
	I5	0.575	0.468	1.228	0.430	ns	0.185	0.815
Carga	B1	0.334	0.146	2.289	0.314	*	0.098	0.902
	B3	0.956	0.134	7.110	0.836	***	0.699	0.301
	B4	0.724	0.124	5.828	0.675	***	0.455	0.545
	B5	1.000	0.000	NA	0.893	NA	0.797	0.203
Idoneidad	A1	1.000	0.000	NA	0.782	NA	0.612	0.388
	A2	1.129	0.184	6.123	0.815	***	0.664	0.336
	A3	0.937	0.172	5.453	0.769	***	0.592	0.408
	A4	1.028	0.163	6.324	0.766	***	0.587	0.413
	A5	1.036	0.245	4.230	0.730	***	0.532	0.468
Preocupación sobre el cese	C1	1.000	0.000	NA	0.468	NA	0.219	0.781
	C3	1.637	0.488	3.352	0.786	***	0.618	0.382
	C4	1.673	0.529	3.161	0.808	**	0.653	0.347
	C5	0.867	0.384	2.255	0.387	*	0.149	0.851

B y Beta: cargas no estandarizadas y estandarizadas, respectivamente; SE: error estándar; R^2 : R cuadrado; Uniqueness: varianza del error de los ítems.

Significación de p-value: ***: p-value $\leq$ 0.001; **: 0.001 < p-value $\leq$ 0.01; *: 0.01 < p-value $\leq$ 0.05; ns: p-value > 0.05.

Ninguna de las cargas estandarizadas presentó signo negativo ni se encontró por encima de 1, con un rango que fue de 0.313 a 0.888. Todas las cargas, excepto I5 e I2, fueron significativas. Las más altas correspondieron a los ítems I3, B5, A2, A2, C4 y C3. Estos ítems también presentaron el mayor valor de R^2 y las menores varianzas residuales. Entre las cargas <0.5 se encontraron los siguientes ítems: I5, I2, B1, C1 y C5, que además destacaron también por la elevada varianza residual.

Las correlaciones entre los factores se presentan en la **Tabla 27**. Todas las correlaciones fueron significativas excepto las del factor *Implicación* (correlaciones negativas con todos los factores). Las mayores correlaciones las presentó el factor *Idoneidad*, por lo que puntuaciones altas en *Idoneidad* se asociaron a puntuaciones altas tanto en *Preocupación sobre el cese* como en *Carga*.

Tabla 27. Correlaciones estandarizadas entre factores del modelo inicial. Versión para cuidadores

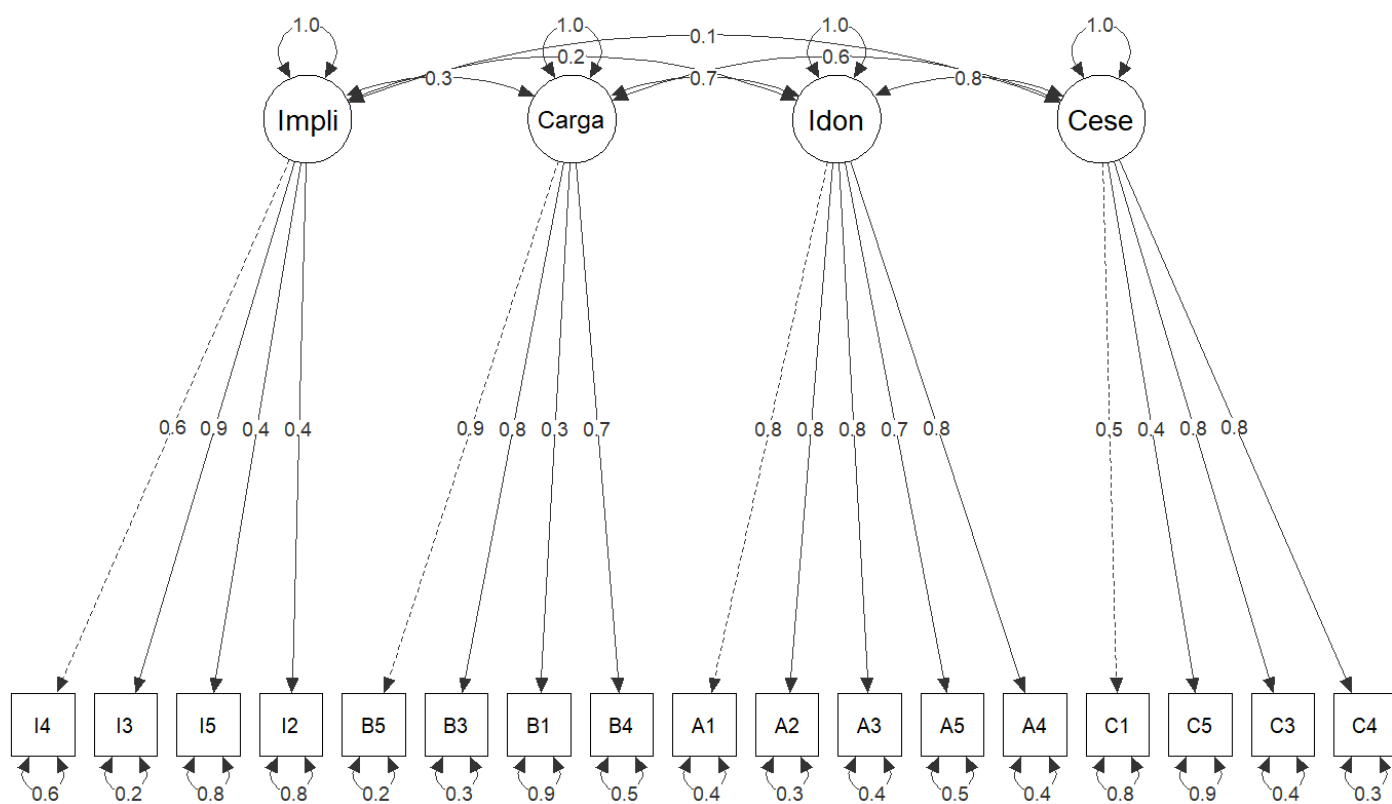
Factor 1	Factor 2	Correlación	sig
Impli	Carga	-0.262	ns
Impli	Idon	-0.211	ns
Impli	Cese	-0.120	ns
Carga	Idon	0.734	***
Carga	Cese	0.573	**
Idon	Cese	0.800	***

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

Significación de p-value: ***: $p\text{-value} \leq 0.001$; **: $0.001 < p\text{-value} \leq 0.01$; *: $0.01 < p\text{-value} \leq 0.05$; ns: $p\text{-value} > 0.05$.

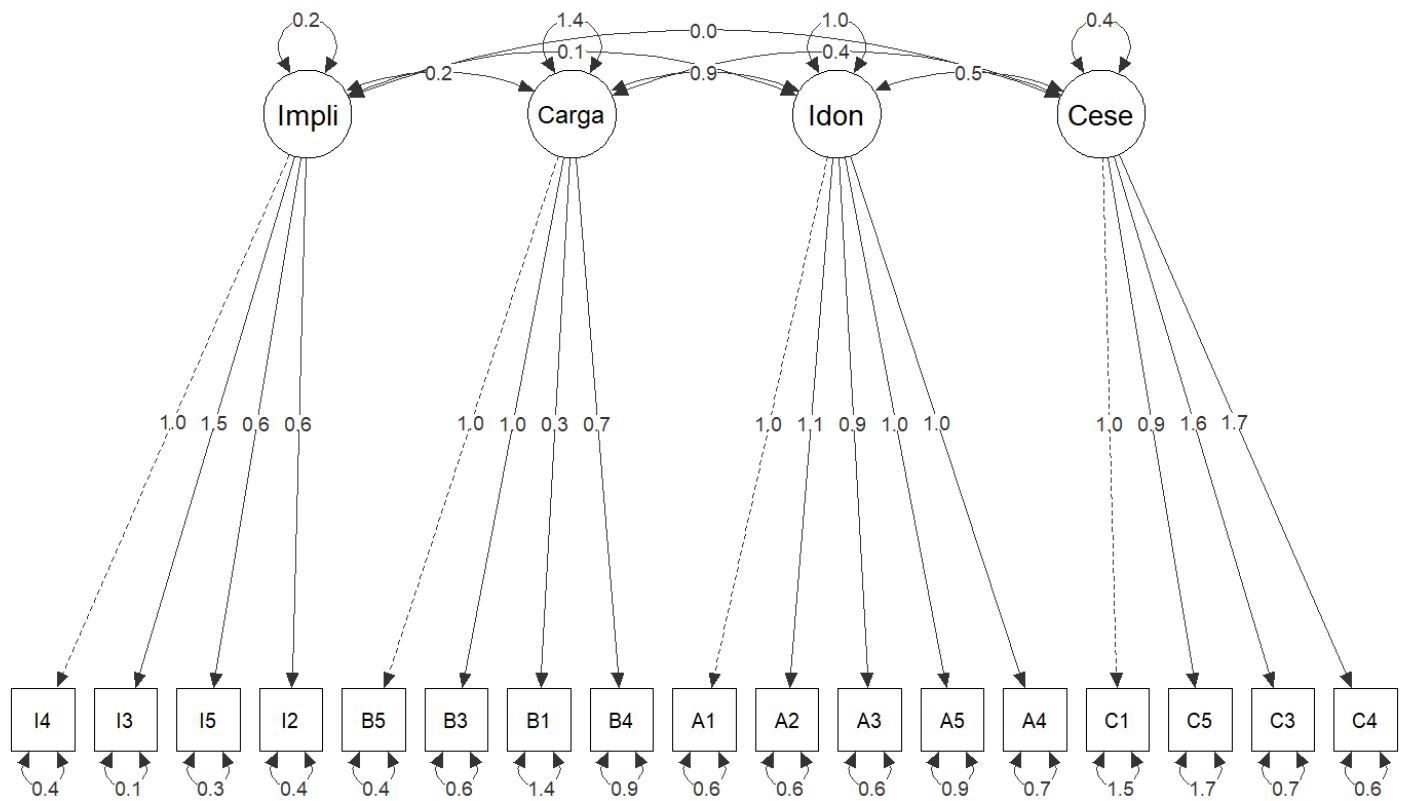
En la **Figura 9** y la **Figura 10** se presentan de manera gráfica los parámetros (estandarizados y no estandarizados, respectivamente) estimados por el modelo.

Figura 9. Diagrama del modelo inicial con el valor estimado de los parámetros estandarizados.
Versión para cuidadores



Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

Figura 10. Diagrama del modelo inicial con el valor estimado de los parámetros no estandarizados.
Versión para cuidadores



Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

▪ Ajuste local y fiabilidad

La matriz con las diferencias entre la matriz de varianzas-covarianzas empírica y la implícita del modelo inicial de la versión para cuidadores se muestra en la **Tabla 28**. Los factores que presentan los residuos más altos son I4 respecto a B3 (con residuos altos para otros ítems), B4 (frente a todos los ítems de *Preocupación sobre el cese* y A4), C4 y C5.

Tabla 28. Diferencias entre las matrices de varianzas-covarianzas empírica e implícita del modelo inicial. Versión para cuidadores

	I4	I3	I5	I2	B5	B3	B1	B4	A1	A2	A3	A5	A4	C1	C5	C3	C4
I4	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I3	0.017	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I5	-0.025	-0.022	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I2	-0.018	-0.018	0.141	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B5	-0.143	0.111	0.133	-0.029	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B3	-0.312	-0.003	0.103	-0.049	0.051	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B1	-0.056	0.023	0.146	0.189	-0.151	0.271	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B4	-0.273	-0.067	0.015	-0.139	-0.068	-0.070	-0.009	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A1	-0.180	-0.022	0.052	0.000	-0.141	-0.181	-0.195	0.273	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A2	-0.168	0.088	0.007	0.006	-0.022	-0.122	-0.189	0.254	0.001	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A3	-0.149	0.082	0.070	0.070	0.090	0.051	0.073	0.269	-0.076	0.165	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A5	-0.135	0.057	0.077	0.100	0.007	-0.219	-0.006	0.236	-0.065	0.081	-0.024	0.000	NA	NA	NA	NA	NA
A4	-0.134	-0.097	0.101	0.110	-0.009	-0.124	0.217	0.499	0.040	-0.122	-0.004	-0.033	0.000	NA	NA	NA	NA
C1	0.037	0.191	-0.014	-0.028	0.196	-0.124	-0.075	0.301	-0.117	-0.037	-0.252	0.133	0.086	0.000	NA	NA	NA
C5	-0.293	-0.153	-0.082	-0.036	0.085	0.188	-0.209	0.384	0.230	0.054	-0.174	0.363	0.144	0.002	0.000	NA	NA
C3	-0.001	0.039	-0.052	-0.149	-0.014	-0.112	-0.118	0.406	0.166	-0.060	-0.093	0.094	0.022	0.014	-0.191	0.000	NA
C4	-0.049	0.024	-0.035	-0.096	-0.032	-0.304	-0.188	0.373	0.260	-0.223	-0.271	-0.061	0.211	0.031	0.046	0.013	0

NA: no aplicable.

En la **Tabla 29** se presentan los **índices de modificación** cuya magnitud es superior a 10. En función de los resultados del test de multiplicador de Lagrange, se sugiere que los siguientes cambios podrían mejorar el modelo: permitir que el ítem B4 pueda cargar en los factores *Preocupación sobre el cese* e *Idoneidad*, y permitir las correlaciones entre I4 e I3 y entre I5 e I2.

Tabla 29. Valores superiores de índices de modificación del modelo inicial. Versión para cuidadores

	LHS	OP	RHS	MI	EPC
1	Cese	=~	B4	16.422	1.232
2	Idon	=~	B4	16.281	0.986
3	I4	~~	I3	13.050	0.649
4	I5	~~	I2	11.378	0.170

LHS (*left hand side*): expresión al lado izquierdo; OP: operador; RHS (*right hand side*): expresión al lado derecho; MI: índice de modificación; EPC: cambio esperado en el parámetro.

En la **Tabla 30** se muestran las diferentes medidas de **fiabilidad del modelo** para cada uno de los parámetros. Como se muestra en la tabla, la validez de convergencia fue adecuada (los ítems se correlacionaron bien con el factor latente), excepto para el factor *Preocupación sobre el cese*. Si aplicásemos el criterio AVE, los factores *Implicación* y *Preocupación sobre el cese* no superarían el umbral establecido de 0.5. Estos resultados parecen indicar que los ítems del factor *Preocupación sobre el cese* no se correlacionaron bien con él. Además, este factor tuvo un valor de alfa inferior al resto de factores.

Tabla 30. Parámetros para evaluar la fiabilidad del modelo inicial. Versión para cuidadores

Parámetro	Impli	Carga	Idon	Cese
Alfa	0.7090	0.7671	0.8788	0.6834
Omega	0.7027	0.7958	0.8828	0.7172
AVE	0.4362	0.5259	0.5967	0.3970
Validez de convergencia	0.8526	0.8934	0.9384	0.8422

AVE: varianza media extraída.

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

La **validez de discriminación estimada en función de omega** se muestra en la **Tabla 31**. Como se puede observar, es elevada entre los factores *Idoneidad*, *Carga* y *Preocupación sobre el cese*.

Tabla 31. Validez de discriminación del modelo inicial estimada en función de omega. Versión para cuidadores

	Impli	Carga	Idon	Cese
Impli	1	NA	NA	NA
Carga	-0.219	1	NA	NA
Idon	-0.176	0.655	1	NA
Cese	-0.1	0.511	0.751	1

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

NA: no aplicable.

Los valores de **validez de discriminación basados en el criterio HTMT** se muestran en la **Tabla 32**. El valor entre *Preocupación sobre el cese* e *Idoneidad* (aproximadamente 0.85) indica un problema de discriminación entre estos dos factores. Su interpretación podría ser que alguno de los ítems de *Preocupación sobre el cese* se correlacionaría más con el factor *Idoneidad* que con los propios ítems del factor *Preocupación sobre el cese*.

Tabla 32. Validez de discriminación del modelo inicial basada en el criterio HTMT. Versión para cuidadores

	Impli	Carga	Idon	Cese
Impli	1	NA	NA	NA
Carga	0.3439	1	NA	NA
Idon	0.2620	0.7971	1	NA
Cese	0.2102	0.6796	0.8454	1

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

NA: no aplicable.

▪ Propuesta de mejora del modelo

Como sucede en la versión para pacientes, el modelo teórico parece ajustar los datos en términos de χ^2 . Sin embargo, el ajuste basado en los índices es pobre.

Favoreciendo la simplificación, existen una serie de ítems con un ajuste pobre que serían candidatos posibles para la eliminación: I5 e I2 sin lugar a dudas. Igualmente otros ítems que presentaron cargas bajas y varianzas residuales elevadas, como I5, I2, B1, C1 y C5.

Por otro lado, el factor *Idoneidad* estableció correlaciones elevadas con *Carga* y con *Preocupación sobre el cese*, lo que podría indicar la necesidad de simplificar dichos factores. Los problemas de validez de discriminación entre *Preocupación sobre el cese* e *Idoneidad* también parece indicar que podría ser razonable una simplificación de factores. También se podría llevar a cabo un AFC de segundo orden, donde se generarían unos factores latentes que pudiesen reflejar estas relaciones. Además, el factor *Preocupación sobre el cese* no pareció correlacionar bien con sus ítems.

Favoreciendo la expansión se podría pensar en una posible mejora del modelo si se permitieran las correlaciones dentro del factor *Implicación*, así como permitiendo la carga cruzada de B4 en los factores *Preocupación sobre el cese* e *Idoneidad*.

Al igual que para la versión para pacientes, el equipo investigador determinó la **mejora del modelo a través de su expansión**.

e) Mejora del modelo inicial

Versión para pacientes

▪ Ajuste global del modelo

Partiendo de los resultados obtenidos en los modelos ajustados previamente (cargas no significativas, varianzas residuales muy altas, índices de modificación superiores a 10), se realizaron una serie de modificaciones en dichos modelos con el fin de mejorar el ajuste. **Se propuso mantener los modelos de la forma más próxima posible al modelo teórico original** para que la interpretación fuese factible.

En el modelo inicial de la versión para pacientes, además de la carga no significativa de B1, destacaba la carga inferior a 0.5 y la elevada varianza residual de I4, A5, C4 y C2. También se observó una reducida correlación del factor *Implicación* con los factores *Carga* y *Preocupación sobre el cese*. Los factores de modificación indicaban una posible mejora si se permitiese la correlación entre B3 y B5, así como la carga de A1 en el factor *Carga*.

De los distintos modelos evaluados, se seleccionó finalmente **un modelo con las siguientes especificaciones:**

- La carga de B1 se fijó en 0.
- Se fijaron en un mismo valor las cargas (no estandarizadas) de las variables con carga inferior a 0.5 (I4, A5, C4 y C2).
- Se permitió la correlación entre B3 y B5.
- Se fijó en 0 la correlación del factor *Implicación* y los factores *Carga* y *Preocupación sobre el cese*.

El modelo presentó 44 parámetros libres y 169 grados de libertad.

El ajuste global del modelo basado en el test χ^2 ($\chi^2(169) = 177.518$, p-valor = 0.311) indicó que **el modelo planteado ajustaba los datos**. Tanto el AIC como el BIC de este modelo fueron inferiores a los del modelo inicial (AIC: 2886 frente a 2910; BIC: 2967 frente a 2996).

Los índices de ajuste indicaron un **ajuste acceptable-bueno** para varios de los índices. RMSEA mostró un ajuste bueno (RMSEA = 0.031, IC 90% 0.000 – 0.07) y un p-valor de 0.743 (**Tabla 33**).

Tabla 33. Índices de ajuste del modelo seleccionado. Versión para pacientes

RMSEA	SRMR	NFI	CFI	IFI	AGFI
0.031	0.089	0.647	0.911	0.915	0.754

▪ Parámetros del modelo

Ninguna de las cargas estandarizadas presentó signo negativo ni se encontró por encima de 1, con un rango que fue de 0.45 a 0.86. Todas las cargas fueron significativas (**Tabla 34**).

Tabla 34. Cargas estimadas de los factores del modelo seleccionado. Versión para pacientes

Factor	Ítem	B	SE	Z-value	Beta	sig	R²	Uniqueness
Implicación	I1	1	0	NA	0.754	NA	0.568	0.432
	I2	1.248	0.226	5.528	0.863	***	0.744	0.256
	I3	0.948	0.297	3.187	0.527	**	0.278	0.722
	I4	0.591	0.111	5.309	0.412	***	0.17	0.83
	I5	1.125	0.184	6.115	0.865	***	0.748	0.252
Carga	B1	0	0	NA	0	NA	0	1
	B2	1.424	0.336	4.241	0.776	***	0.602	0.398
	B3	1	0	NA	0.625	NA	0.391	0.609
	B4	1.556	0.366	4.245	0.815	***	0.664	0.336
	B5	1.412	0.29	4.867	0.771	***	0.594	0.406
Idoneidad	A1	0.988	0.161	6.145	0.859	***	0.738	0.262
	A2	1	0	NA	0.736	NA	0.541	0.459
	A3	0.763	0.147	5.175	0.656	***	0.43	0.57
	A4	0.69	0.17	4.06	0.59	***	0.349	0.651
	A5	0.591	0.111	5.309	0.489	***	0.239	0.761
Preocupación sobre el cese	C1	0.977	0.212	4.602	0.669	***	0.447	0.553
	C2	0.591	0.111	5.309	0.476	***	0.226	0.774
	C3	0.734	0.203	3.624	0.538	***	0.289	0.711
	C4	0.591	0.111	5.309	0.455	***	0.207	0.793
	C5	1	0	NA	0.71	NA	0.504	0.496

B y Beta: cargas no estandarizadas y estandarizadas, respectivamente; SE: error estándar; R^2 : R cuadrado; Uniqueness: varianza del error de los ítems.

Significación de p-value: ***: p-value ≤ 0.001 ; **: $0.001 < \text{p-value} \leq 0.01$; *: $0.01 < \text{p-value} \leq 0.05$; ns: p-value > 0.05 .

En cuanto a las correlaciones entre los factores, fueron significativas entre todos los factores excepto entre *Carga* y *Preocupación sobre el cese* (Tabla 35).

Tabla 35. Correlaciones estandarizadas entre factores del modelo seleccionado. Versión para pacientes

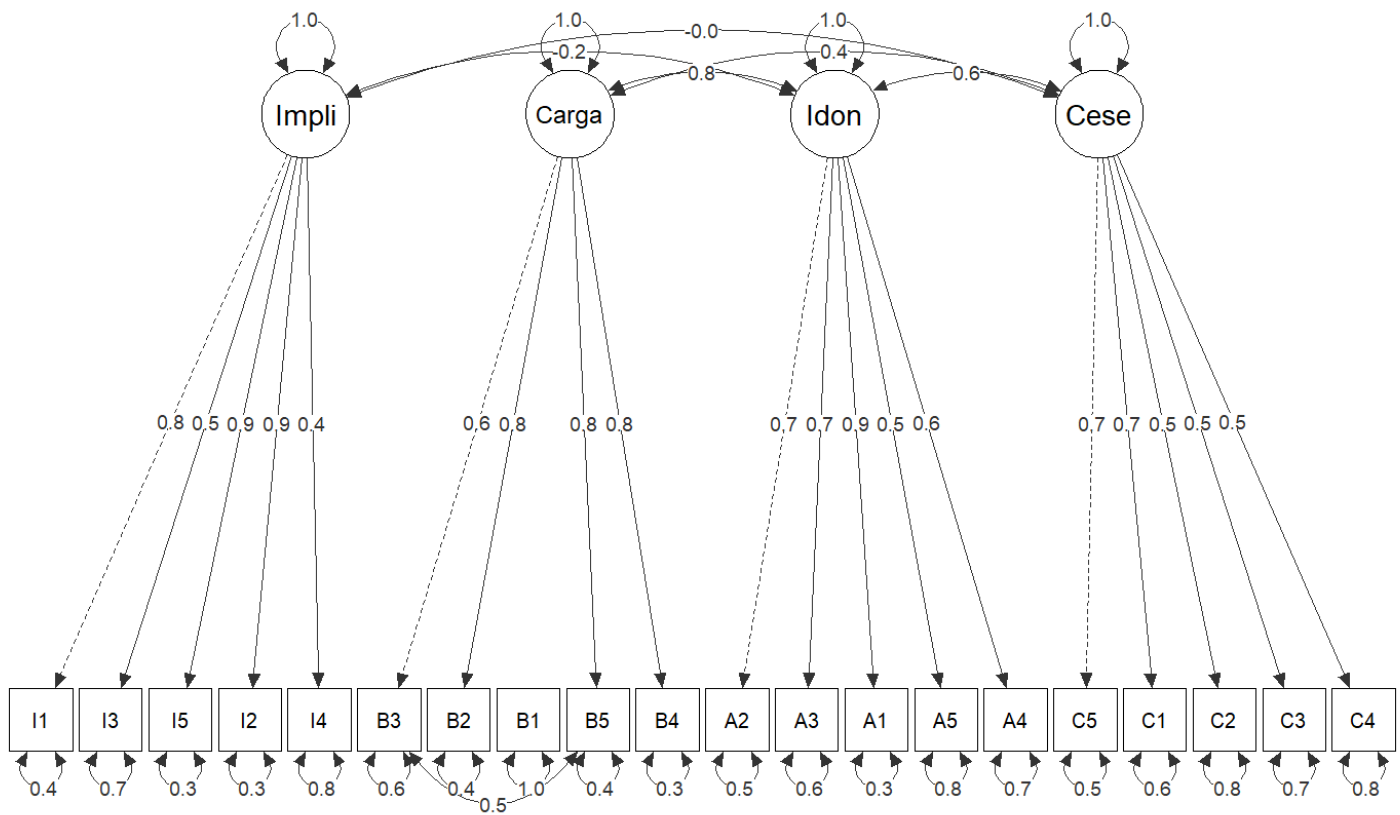
Factor 1	Factor 2	Correlación	sig
Impli	Idon	-0.211	*
Carga	Idon	0.764	***
Carga	Cese	0.367	ns
Idon	Cese	0.627	***

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

Significación de p-value: ***: $p\text{-value} \leq 0.001$; **: $0.001 < p\text{-value} \leq 0.01$; *: $0.01 < p\text{-value} \leq 0.05$; ns: $p\text{-value} > 0.05$.

El modelo de estructura factorial con los parámetros estandarizados de la versión para pacientes se presenta en la **Figura 11**.

Figura 11. Diagrama del modelo seleccionado con el valor estimado de los parámetros estandarizados. Versión para pacientes



Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

▪ Ajuste local y fiabilidad

La matriz con las diferencias entre la matriz de varianzas-covarianzas empírica y la implícita se muestra en la **Tabla 36**. Ningún índice de modificación fue superior a 10.

Tabla 36. Diferencias entre las matrices de varianzas-covarianzas empírica e implícita del modelo seleccionado. Versión para pacientes

	I1	I3	I5	I2	I4	B3	B2	B1	B5	B4	A2	A3	A1	A5	A4	C5	C1	C2	C3	C4
I1	-0.004	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I3	-0.035	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I5	-0.004	0.028	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I2	0.000	-0.002	-0.002	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I4	0.006	0.019	0.002	0.017	0.010	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B3	0.004	0.041	0.086	0.111	0.117	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B2	-0.150	0.045	-0.053	-0.051	-0.143	0.022	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B1	-0.102	0.098	0.066	0.046	-0.053	0.089	-0.159	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B5	-0.026	-0.037	0.039	0.066	-0.056	0.000	-0.018	0.060	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B4	-0.140	0.141	-0.011	-0.033	-0.085	0.046	-0.036	0.495	0.041	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A2	-0.089	0.276	0.040	0.000	-0.192	0.022	0.197	0.625	0.320	0.234	0.017	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A3	-0.040	0.302	0.043	0.051	-0.102	0.034	0.054	-0.024	0.172	0.016	0.264	0.012	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A1	-0.148	0.165	-0.009	-0.079	-0.152	-0.263	0.022	0.198	-0.271	-0.080	-0.070	0.019	0.021	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A5	-0.031	-0.094	0.053	0.060	-0.077	0.142	0.095	0.136	0.162	0.001	0.000	-0.251	0.086	0.012	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A4	-0.112	0.245	-0.079	-0.008	0.051	-0.145	0.148	0.181	-0.176	-0.010	-0.091	-0.176	0.127	0.090	0.010	NA	NA	NA	NA	NA
C5	-0.059	-0.074	-0.091	-0.104	-0.037	-0.107	-0.107	-0.009	-0.106	-0.079	-0.303	-0.003	0.148	0.027	-0.011	0.035	NA	NA	NA	NA
C1	0.022	-0.123	-0.010	-0.080	0.066	-0.189	-0.078	-0.011	0.042	0.078	-0.265	0.102	0.195	-0.190	-0.051	0.048	0.000	NA	NA	NA
C2	0.120	0.019	0.150	0.123	-0.019	0.264	0.084	0.242	0.169	0.252	0.005	-0.024	0.044	0.122	-0.228	-0.058	0.060	-0.013	NA	NA
C3	-0.036	0.158	-0.015	-0.070	0.007	-0.071	0.122	0.294	-0.063	-0.174	-0.083	-0.085	0.134	-0.068	0.266	0.155	-0.167	-0.202	0.000	NA
C4	0.000	0.003	-0.010	-0.039	-0.035	-0.025	0.001	0.724	-0.074	0.257	-0.106	-0.294	-0.003	0.012	-0.179	-0.105	-0.008	0.126	0.073	-0.033

NA: no aplicable.

Tanto la **validez de convergencia** (Tabla 37) como la de **discriminación basada en el criterio HTMT** fueron adecuadas. Los valores de validez de discriminación basados en el criterio HTMT fueron iguales a los del modelo inicial (Tabla 24), ya que este índice sólo se modifica si los cambios en el modelo son sustanciales: inclusión de más factores, eliminación de ítems o permitir cargas en más de un factor.

Tabla 37. Parámetros para evaluar la fiabilidad del modelo seleccionado. Versión para pacientes

Parámetro	Impli	Carga	Idon	Cese
Alfa	0.8007	0.8571	0.7933	0.7023
Omega	0.7972	0.8035	0.8016	0.7217
AVE	0.4675	0.5758	0.4602	0.3464
Validez de convergencia	0.8983	0.8991	0.8966	0.8459

AVE: varianza media extraída.

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

Versión para cuidadores

▪ Ajuste global del modelo

En el modelo inicial de la versión para cuidadores, además de la carga no significativa de I5 e I2, destacaba la carga inferior a 0.5 y una elevada varianza residual de C5 y B1. Los factores de modificación indicaban una posible mejora si se permitiese la correlación entre I4 e I3, y entre I5 e I2, así como la carga de B4 en el factor *Preocupación sobre el cese*.

De los distintos modelos evaluados, se seleccionó finalmente **un modelo con las siguientes especificaciones:**

- Se fijó en un mismo valor las cargas no estandarizadas de las variables con carga inferior a 0.5 (I5, I2, B1 y C5).
- Se permitió la correlación entre I4 e I3 y entre I5 e I2.
- Se permitió la carga de B4 en el factor *Preocupación sobre el cese* y se fijó la carga de ese ítem en 1 en su factor de origen (*Carga*).

El modelo presentó 43 parámetros libres y 113 grados de libertad.

El ajuste global del modelo basado en el test χ^2 ($\chi^2(136) = 119.32$, p-valor = 0.324) indicó que **el modelo planteado ajustaba los datos**. Tanto el AIC como el BIC de este modelo fueron inferiores a los del modelo inicial (AIC: 2729 frente a 2764; BIC: 2686 frente a 2719).

Los índices de ajuste indicaron un **ajuste aceptable-bueno** para varios de los índices. RMSEA mostró un ajuste bueno (RMSEA = 0.031, IC 90% 0.000 – 0.075) y un p-valor de 0.713 (**Tabla 38**).

Tabla 38. Índices de ajuste del modelo seleccionado. Versión para cuidadores

RMSEA	SRMR	NFI	CFI	IFI	AGFI
0.031	0.085	0.741	0.938	0.928	0.740

▪ Parámetros del modelo

Ninguna de las cargas estandarizadas presentó signo negativo ni se encontró por encima de 1, con un rango que fue de 0.35 a 0.89. Todas las cargas fueron significativas (**Tabla 39**).

Tabla 39. Cargas estimadas de los factores del modelo seleccionado. Versión para cuidadores

Factor	Ítem	B	SE	Z-value	Beta	sig	R^2	Uniqueness
Implicación	I2	1.157	0.345	3.351	0.490	***	0.241	0.759
	I3	2.014	0.546	3.688	0.673	***	0.453	0.547
	I4	1.000	0.000	NA	0.352	NA	0.124	0.876
	I5	1.157	0.345	3.351	0.499	***	0.249	0.751
Carga	B1	1.157	0.345	3.351	0.355	***	0.126	0.874
	B3	3.008	1.048	2.871	0.867	**	0.751	0.249
	B4	1.000	0.000	NA	0.308	NA	0.626	0.374
	B5	3.036	1.025	2.963	0.892	**	0.796	0.204
Idoneidad	A1	1.000	0.000	NA	0.786	NA	0.618	0.382
	A2	1.110	0.179	6.215	0.806	***	0.649	0.351
	A3	0.924	0.169	5.460	0.762	***	0.580	0.420
	A4	1.037	0.157	6.582	0.776	***	0.602	0.398
	A5	1.030	0.239	4.316	0.729	***	0.532	0.468
Preocupación sobre el cese	C1	1.000	0.000	NA	0.416	NA	0.173	0.827
	C3	1.820	0.533	3.412	0.765	***	0.586	0.414
	C4	1.838	0.550	3.338	0.777	***	0.604	0.396
	C5	1.157	0.345	3.351	0.446	***	0.198	0.802
	B4	1.337	0.483	2.769	0.588	**	0.626	0.374

B y Beta: cargas no estandarizadas y estandarizadas, respectivamente; SE: error estándar; R^2 : R cuadrado; Uniqueness: varianza del error de los ítems.

Significación de p-value: ***: $p\text{-value} \leq 0.001$; **: $0.001 < p\text{-value} \leq 0.01$; *: $0.01 < p\text{-value} \leq 0.05$; ns: $p\text{-value} > 0.05$.

Las únicas correlaciones significativas se dieron entre *Idoneidad* y los factores *Preocupación sobre el cese* y *Carga* (**Tabla 40**). Las correlaciones del factor *Implicación* se incrementaron respecto a *Carga* e *Idoneidad*.

Tabla 40. Correlaciones estandarizadas entre factores del modelo seleccionado. Versión para cuidadores

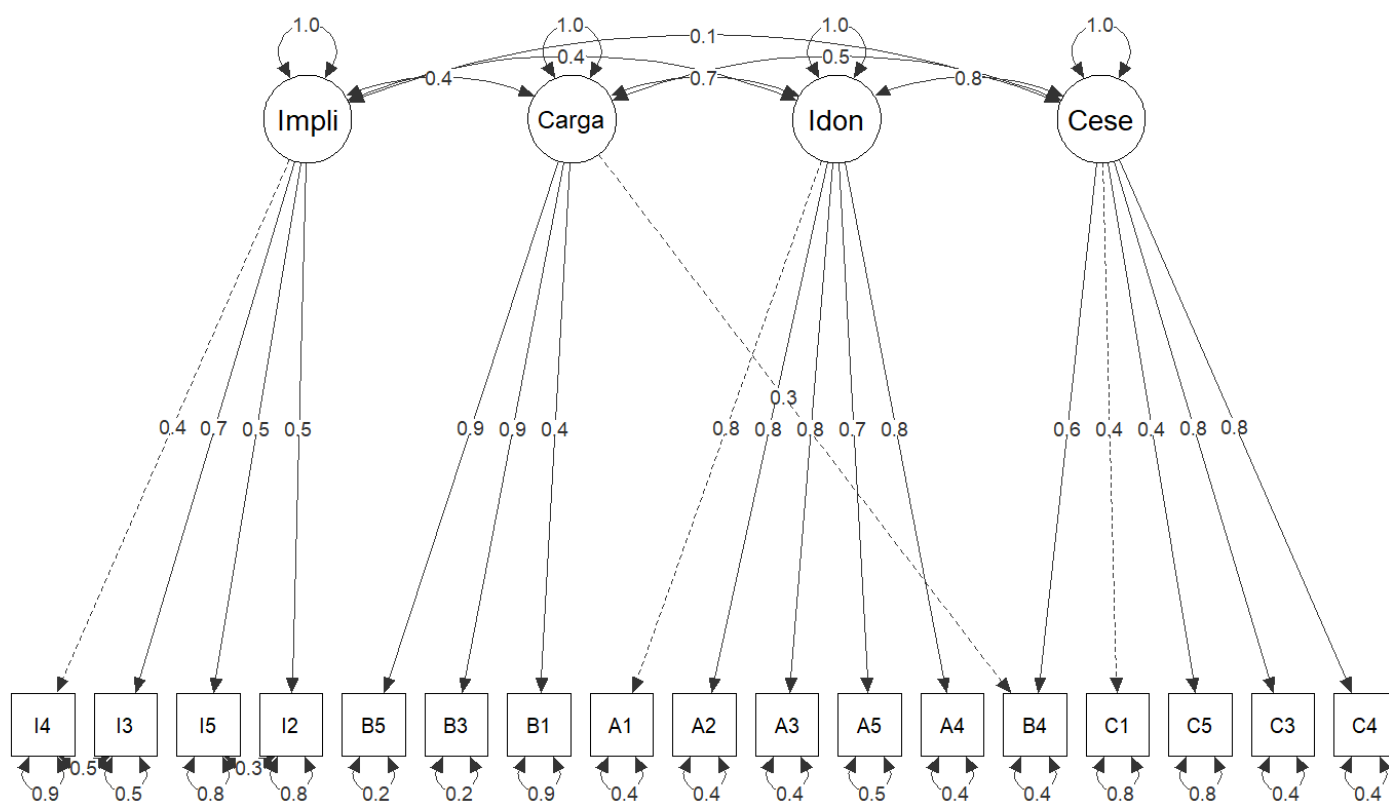
Factor 1	Factor 2	Correlación	sig
Impli	Carga	0.430	ns
Impli	Idon	0.354	ns
Impli	Cese	0.072	ns
Carga	Idon	0.675	*
Carga	Cese	0.516	ns
Idon	Cese	0.847	***

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

Significación de p-value: ***: $p\text{-value} \leq 0.001$; **: $0.001 < p\text{-value} \leq 0.01$; *: $0.01 < p\text{-value} \leq 0.05$; ns: $p\text{-value} > 0.05$.

El modelo de estructura factorial con los parámetros estandarizados de la versión para cuidadores se presenta en la **Figura 12**.

Figura 12. Diagrama del modelo seleccionado con el valor estimado de los parámetros estandarizados. Versión para cuidadores



Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

▪ Ajuste local y fiabilidad

La matriz con las diferencias entre la matriz de varianzas-covarianzas empírica y la implícita se muestra en la **Tabla 41**. Ningún índice de modificación fue superior a 10.

Tabla 41. Diferencias entre las matrices de varianzas-covarianzas empírica e implícita del modelo seleccionado. Versión para cuidadores

	I4	I3	I5	I2	B5	B3	B1	B4	A1	A2	A3	A5	A4	C1	C5	C3	C4
I4	-0.027	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I3	-0.033	-0.025	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I5	0.023	0.002	0.011	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I2	0.036	0.015	0.011	0.010	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B5	-0.132	0.052	0.056	-0.101	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B3	-0.307	-0.070	0.024	-0.124	0.002	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B1	-0.059	-0.011	0.113	0.158	-0.217	0.189	-0.021	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
B4	-0.224	-0.028	0.007	-0.144	0.033	-0.007	-0.019	0.009	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A1	-0.176	-0.067	-0.002	-0.051	-0.075	-0.146	-0.210	0.009	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A2	-0.162	0.040	-0.051	-0.050	0.067	-0.069	-0.200	-0.027	0.007	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A3	-0.144	0.042	0.021	0.023	0.162	0.094	0.063	0.034	-0.071	0.186	0.000	NA	NA	NA	NA	NA	NA
A5	-0.130	0.011	0.022	0.047	0.079	-0.179	-0.020	-0.032	-0.069	0.093	-0.014	0.000	NA	NA	NA	NA	NA
A4	-0.130	-0.145	0.045	0.056	0.052	-0.095	0.199	0.220	0.022	-0.124	-0.006	-0.046	0.000	NA	NA	NA	NA
C1	0.063	0.224	-0.005	-0.019	0.288	-0.048	-0.060	0.085	-0.083	0.009	-0.214	0.171	0.117	0.052	NA	NA	NA
C5	-0.274	-0.132	-0.078	-0.032	0.066	0.155	-0.234	0.043	0.124	-0.055	-0.265	0.256	0.032	-0.006	-0.059	NA	NA
C3	0.040	0.088	-0.041	-0.136	0.075	-0.049	-0.117	-0.044	0.137	-0.078	-0.109	0.068	-0.015	0.112	-0.270	0.000	NA
C4	-0.007	0.075	-0.023	-0.082	0.066	-0.232	-0.184	-0.075	0.240	-0.230	-0.277	-0.077	0.184	0.138	-0.027	0.084	0

NA: no aplicable.

La **validez de convergencia** se mostró como muy buena para todos los factores excepto para el factor *Implicación* (Tabla 42).

Tabla 42. Parámetros para evaluar la fiabilidad del modelo seleccionado. Versión para cuidadores

Parámetro	Impli	Carga	Idon	Cese
Alfa	0.7090	0.7671	0.8788	0.7591
Omega	0.4819	0.6388	0.8814	0.6936
AVE	0.2763	NA	0.5956	NA
Validez de convergencia	0.6999	0.8852	0.9381	0.8684

AVE: varianza media extraída.

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

NA: no aplicable.

En contraposición con la versión para pacientes, en la versión para cuidadores los valores de la **validez de discriminación basada en el criterio HTMT** fueron diferentes a los del modelo inicial, ya que se produjeron cambios sustanciales con respecto a esta primera versión. Esta validez fue adecuada excepto para el factor *Idoneidad* (Tabla 43).

Tabla 43. Validez de discriminación del modelo seleccionado basada en el criterio HTMT. Versión para cuidadores

	Impli	Carga	Idon	Cese
Impli	1	NA	NA	NA
Carga	0.3439	1	NA	NA
Idon	0.2620	0.7971	1	NA
Cese	0.2169	0.7074	0.8792	1

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

NA: no aplicable.

5.2.1.2 | Validez de criterio

En la **Tabla 44** se muestra el resultado de las correlaciones halladas según las hipótesis preestablecidas.

Tabla 44. Análisis de la validez de criterio. Versión para pacientes y para cuidadores

	Carga ^a		Idoneidad ^a		Preocupación sobre el cese ^a	
	Pacientes	Cuidadores	Pacientes	Cuidadores	Pacientes	Cuidadores
BMQ	$\gamma = 0.255$ $p = 0.003$	$\gamma = 0.329$ $p < 0.001$	$\gamma = -0.373$ $p < 0.001$	$\gamma = -0.428$ $p < 0.001$	$\gamma = 0.129$ $p = 0.189$	$\gamma = 0.405$ $p < 0.001$
Carga	NA	NA	$\gamma = -0.508$ $p < 0.001$	$\gamma = -0.555$ $p < 0.001$	$\gamma = 0.241$ $p = 0.002$	$\gamma = 0.378$ $p < 0.001$

^a Pacientes n = 60, cuidadores n= 60.

BMQ: subescala de *preocupación* de la versión española del cuestionario BMQ.

γ : coeficiente gamma.

NA: no aplicable.

Los tres factores (*Carga*, *Idoneidad* y *Preocupación sobre el cese*) **se correlacionaron de forma estadísticamente significativa** con la subescala de *preocupación* de la versión española del cuestionario BMQ. La excepción la conformó el factor *Preocupación sobre el cese* de la versión para pacientes, que presentó una asociación positiva pero no significativa ($p = 0.189$).

Puntuaciones mayores en los factores *Carga* y *Preocupación sobre el cese* se correlacionaron de forma directa con una mayor puntuación en la subescala de *preocupación* de la versión española del cuestionario BMQ. Por el contrario, la puntuación del factor *Idoneidad* se correlacionó de forma inversa, tal y como ocurrió en el cuestionario original.

Igualmente, en ambas versiones, los factores *Idoneidad* y *Preocupación sobre el cese* se correlacionaron de forma estadísticamente significativa, de forma directa y de forma inversa respectivamente, con el factor *Carga*. Esto confirma las hipótesis establecidas previamente por el equipo investigador.

5.2.2 | Fiabilidad

5.2.2.1 | Consistencia interna

Los valores de alfa de Cronbach para los factores del cuestionario fueron **ejemplares** (>0.8) o **extensos** (0.7) para la mayoría de los factores de ambas versiones del cuestionario. El factor

Preocupación sobre el cese de la versión para pacientes mostró un valor de 0.683, que se consideró moderado (**Tabla 45**).

Tabla 45. Valores de alfa de Cronbach para los factores del cuestionario. Versión para pacientes y para cuidadores

Factor	Pacientes (n = 20)	Cuidadores (n = 20)
Impli	0.733	0.721
Carga	0.722	0.776
Idon	0.804	0.879
Cese	0.709	0.683

Impli: Implicación; Carga: Carga; Idon: Idoneidad; Cese: Preocupación sobre el cese.

5.2.2.2 | Fiabilidad test-retest

El subgrupo de pacientes y cuidadores a los que se les volvió a administrar el cuestionario tenía una edad media de 64.3 y 56.6 (rango intercuartílico 58.0 – 72.7 y 46.0 – 67.0), respectivamente.

Los resultados de kappa de Cohen ponderada para cada ítem individual y del coeficiente gamma para cada factor se muestran en la **Tabla 46**.

Entre los **ítems** del cuestionario para pacientes, ocho mostraron un valor de kappa de Cohen ponderado moderado, doce un valor bueno y dos un valor muy bueno. En el cuestionario para cuidadores, un ítem mostró un valor moderado, diez un valor bueno y ocho un valor muy bueno.

La puntuación del coeficiente gamma para los **factores** fue de 0.642 a 0.859 en la versión para pacientes, y de 0.826 a 0.987 en la versión para cuidadores.

Tabla 46. Resultado del análisis de la fiabilidad test-retest. Versión para pacientes y para cuidadores

Factor	Pacientes (n = 20)	Cuidadores (n = 20)
Implicación	0.642	0.864
I1 (entender bien las razones)	0.464	^a
I2 (saber exactamente los medicamentos)	0.438	0.592
I3 (saber todo lo posible)	0.587	0.818
I4 (tener en cuenta)	0.440	0.760
I5 (preguntar siempre si no entiendo)	0.412	0.773
Carga	0.791	0.987
B1 (gastar mucho dinero)	0.773	0.761
B2 (muy molesto)	0.769	^a
B3 (muchos medicamentos)	0.609	0.913
B4 (carga)	0.822	0.762
B5 (demasiados medicamentos)	0.582	0.873
Idoneidad	0.859	0.898
A1 (no necesitar uno o más medicamentos)	0.805	0.715
A2 (gustaría dejar de tomar)	0.803	0.852
A3 (bajar la dosis)	0.765	0.883
A4 (no estar haciendo efecto)	0.802	0.818
A5 (efectos secundarios)	0.760	0.865
Preocupación sobre el cese	0.750	0.826
C1 (negar a dejar de tomar)	0.780	0.743
C2 (perder beneficio en el futuro)	0.692	^a
C3 (agobio con un cambio)	0.681	0.663
C4 (sentir que nos estamos rindiendo)	0.814	0.727
C5 (mala experiencia anteriormente)	0.648	0.873
Ítems globales	NA	NA
G1 (dispuesto a dejar de tomar)	0.579	0.787
G2 (estar satisfecho)	0.596	0.671

Valores correspondientes a kappa de Cohen ponderada para cada ítem individual y coeficiente gamma para cada factor.

^a Este ítem no existe en la versión para cuidadores.

NA: no aplicable.

5.2.3 | Tiempo en completar el cuestionario

Se contabilizó el tiempo invertido en completar el cuestionario en 39 pacientes y 46 cuidadores (65.0% y 76,7% del total, respectivamente). La **media de tiempo invertida** en completar el cuestionario fue de **5:21 minutos** (DE 2:43) para la versión para pacientes y de **4:36 minutos** (DE 1:04) para la de cuidadores. A la mayoría de los pacientes les llevó menos de 5 minutos completar el cuestionario (61.6 y 67.4%, respectivamente) o 5 – 10 minutos (33.3 y 28.3%, respetivamente).

5.2.4 | Análisis de las respuestas. Actitudes de pacientes y cuidadores hacia la deprescripción

El análisis descriptivo con las medidas de tendencia central de las respuestas a ambas versiones del cuestionario se muestra en la **Tabla 47**.

Tabla 47. Análisis descriptivo de las respuestas a la versión española del cuestionario rPATD.
Versión para pacientes y para cuidadores

	Versión Pacientes				Versión Cuidadores			
	N	Media (DE)	Mediana	Moda	N	Media (DE)	Mediana	Moda
Factor Implicación								
I1 (entender bien las razones)	60	4.6 (0.6)	5.0	5	^b	^b	^b	^b
I2 (saber exactamente los medicamentos)	60	4.7 (0.6)	5.0	5	60	4.6 (0.7)	5.0	5
I3 (saber todo lo posible)	59	4.5 (0.8)	5.0	5	60	4.5 (0.8)	5.0	5
I4 (tener en cuenta)	60	4.6 (0.6)	5.0	5	60	4.5 (0.8)	5.0	5
I5 (preguntar siempre si no entiendo)	59	4.7 (0.6)	5.0	5	60	4.7 (0.7)	5.0	5
Factor Carga								
B1 (gastar mucho dinero)	57	3.1 (1.5)	3.0	5	60	2.6 (1.3)	3.0	1
B2 (muy molesto)	60	3.0 (1.3)	3.0	4	^b	^b	^b	^b
B3 (muchos medicamentos)	60	3.7 (1.1)	4.0	3	60	3.3 (1.4)	3.0	5
B4 (carga)	58	3.0 (1.4)	3.0	4	60	2.5 (1.3)	2.0	1
B5 (demasiados medicamentos)	60	3.6 (1.3)	4.0	5	60	3.0 (1.3)	3.0	4
Factor Idoneidad								
A1 (no necesitar uno o más medicamentos)	60	3.7 (1.3)	4.0	5	60	3.7 (1.3)	4.0	5
A2 (gustaría dejar de tomar)	60	3.2 (1.5)	3.0	5	60	3.4 (1.4)	4.0	5
A3 (bajar la dosis)	60	3.0 (1.3)	3.0	4	60	3.4 (1.2)	3.0	3
A4 (no estar haciendo efecto)	59	3.2 (1.3)	3.0	2/4 ^a	60	3.6 (1.4)	4.0	5
A5 (efectos secundarios)	60	3.0 (1.3)	3.0	3	60	3.3 (1.4)	3.5	5
Factor Preocupación sobre el cese								
C1 (negar a dejar de tomar)	59	2.8 (1.4)	3.0	1/3 ^a	59	2.6 (1.4)	2.0	1/2 ^a
C2 (perder beneficio en el futuro)	59	3.4 (1.2)	3.0	3	^b	^b	^b	^b
C3 (agobio con un cambio)	59	2.8 (1.3)	3.0	2	60	2.5 (1.4)	2.0	1
C4 (sentir que nos estamos rindiendo)	60	2.5 (1.3)	2.0	2	59	2.4 (1.3)	2.0	1
C5 (mala experiencia anteriormente)	58	2.7 (1.4)	2.0	1/2 ^a	60	2.8 (1.5)	3.0	1
Ítems globales								
G1 (dispuesto a dejar de tomar)	60	4.4 (0.9)	5.0	5	59	4.3 (1.0)	5.0	5
G2 (estar satisfecho)	58	4.2 (1.0)	5.0	5	60	4.4 (0.9)	5.0	5

^a Distribución bimodal.

^b Estos ítems no existen en la versión para cuidadores.

La representación gráfica de las respuestas al cuestionario se ilustra en la **Figura 13** (versión para pacientes) y en la **Figura 14** (versión para cuidadores).

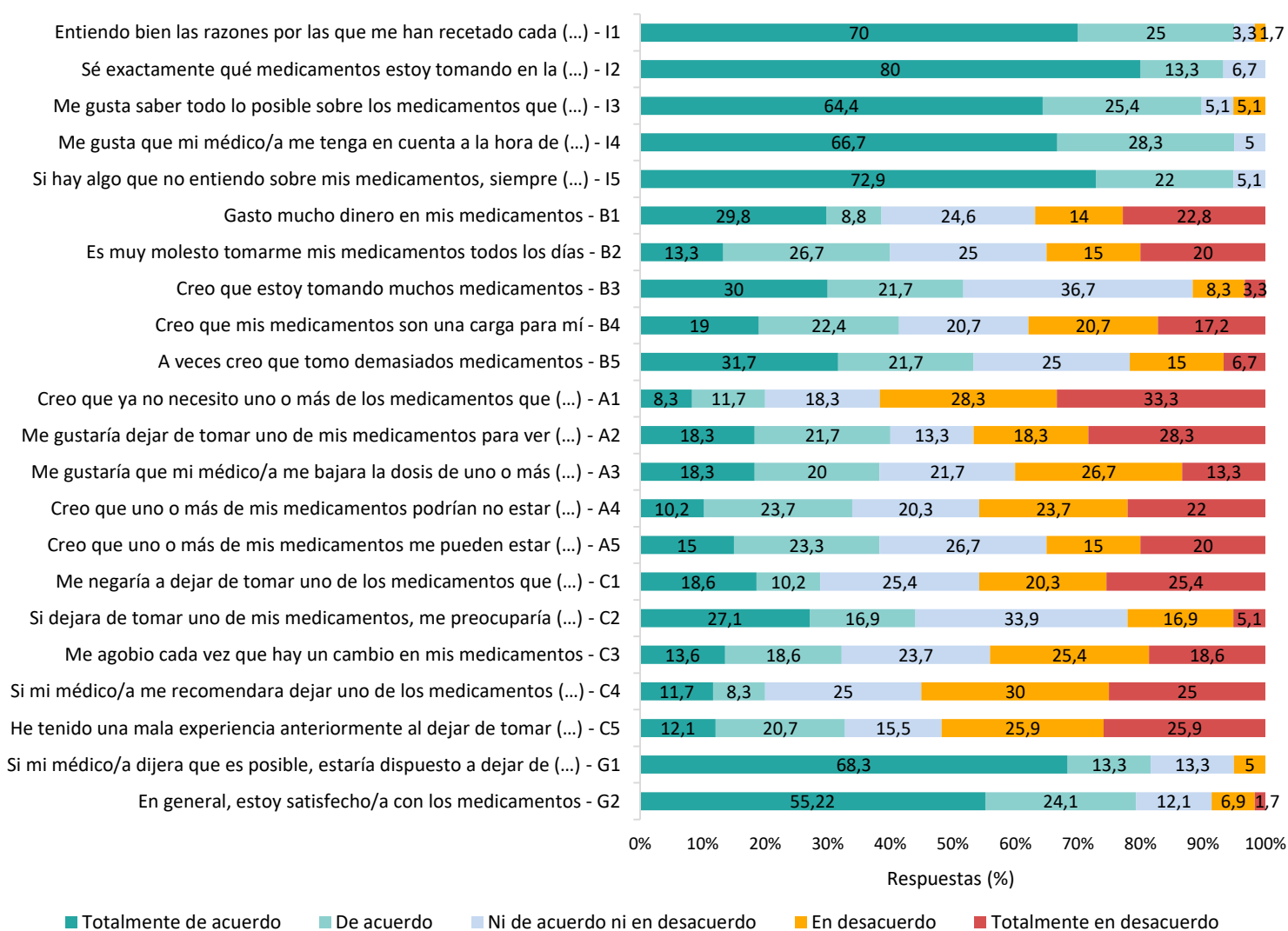
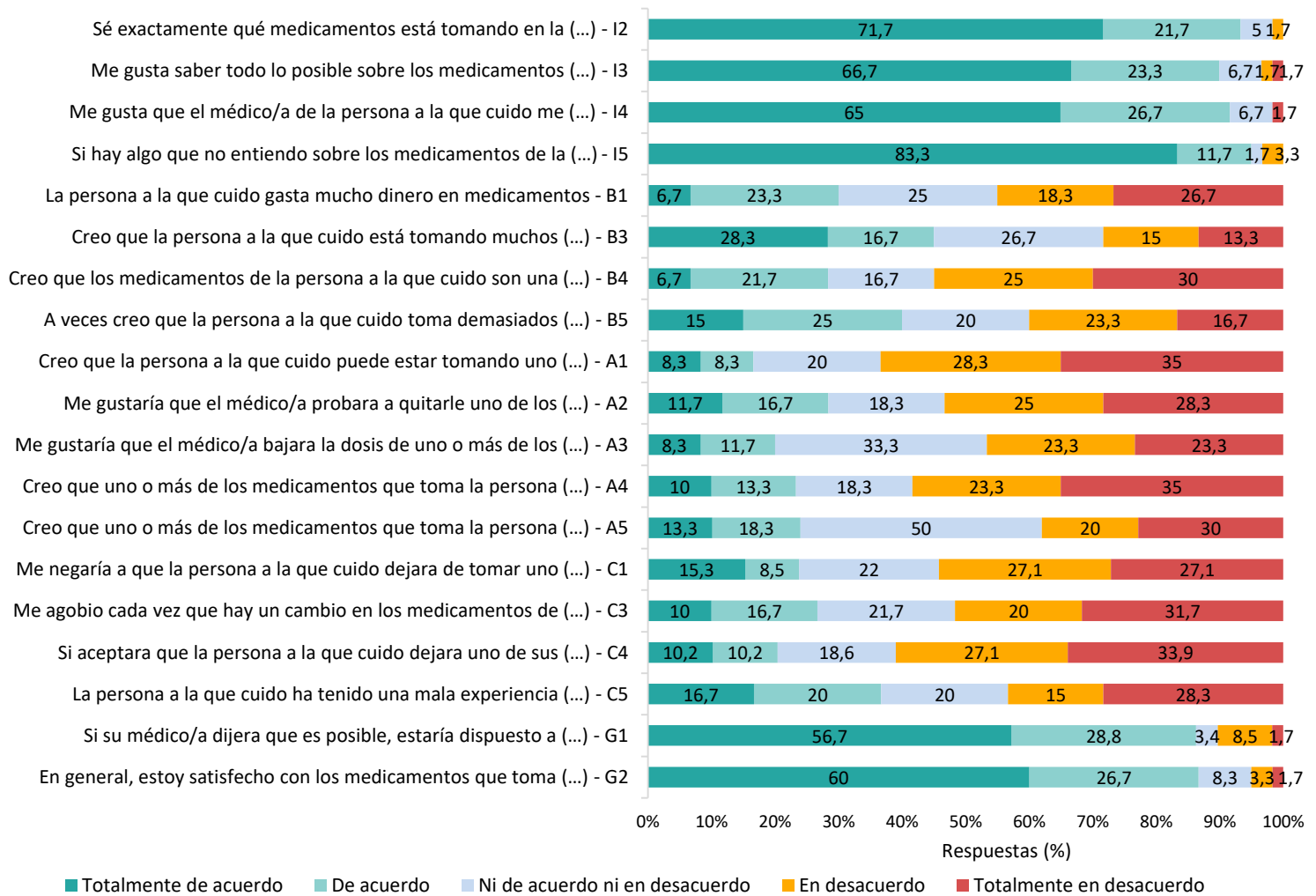
Figura 13. Respuestas a la versión española del cuestionario rPATD. Versión para pacientes

Figura 14. Respuestas a la versión española del cuestionario rPATD. Versión para cuidadores

5.3 | Versión final de la versión española del cuestionario rPATD

La versión final de la versión española del cuestionario rPATD puede consultarse en el **Anexo 12a** (versión para pacientes) y **Anexo 12b** (versión para cuidadores) (206).

6 | DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue validar la versión española del cuestionario rPATD tanto en su versión para pacientes como para cuidadores. En el apartado de Discusión se procede a comentar los aspectos relevantes del proceso de estudio y de sus resultados.

En el primer apartado se hará referencia a los elementos relativos al apartado de Material y métodos, en el segundo se discutirán los aspectos relativos al apartado de Resultados, y en el tercero se analizará la aplicabilidad práctica que los hallazgos de este estudio pudieran tener.

6.1 | Discusión de los métodos

A continuación se tratarán los posibles sesgos y limitaciones que pueden comprometer la validez interna del estudio así como las fortalezas detectadas en el mismo.

6.1.1 | Validación cualitativa del cuestionario

Los pasos establecidos por el equipo investigador para la consecución de la validación cualitativa siguieron los estándares internacionales en validación de cuestionarios. Las recomendaciones de la *ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation* han sido ampliamente utilizadas a nivel nacional e internacional desde su publicación en 2005 (176). Además, se siguieron en los artículos de validación del cuestionario rPATD al árabe (167) y al danés (168), motivo por el que el equipo investigador decidió emplearlas en el presente trabajo.

Estas recomendaciones recogen los principios del modelo clásico de traducción-retrotraducción de Brislin (207) y su versión revisada (208). Behling y Law recomiendan la traducción en tres pasos (directa, inversa y revisada) (209). Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el proceso de traducción y adaptación de instrumentos difieren mínimamente de las de la *ISPOR Task Force*, ya que establecen la evaluación por expertos entre la traducción directa e inversa, obviando la elaboración de una versión de síntesis previa (210).

La metodología seguida en la validación cualitativa del cuestionario fue similar a la empleada en la validación de cuestionarios equiparables al cuestionario rPATD (211–213). En la **versión en árabe** se empleó la misma metodología y únicamente varió el tamaño muestral del pilotaje (28 sujetos) (167). En la **versión en danés** también se utilizó una metodología idéntica con un tamaño muestral para el pilotaje de 11 sujetos (168). En la **versión en francés** se siguió una metodología similar, aunque difirió en que la traducción directa fue realizada por cuatro traductores y la inversa por dos. El

análisis del grupo de expertos se realizó entre estas dos traducciones. El pilotaje se llevó a cabo en 18 sujetos, aunque es importante resaltar que la población diana de este estudio eran pacientes de habla francesa de tres países —Francia, Bélgica y Suiza—, y por tanto, de tres entornos culturales diferentes (169).

Otras versiones del rPATD traducidas pero no validadas formalmente, como son la traducción al holandés (164) o al amárico (166), utilizadas en diversos estudios para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción, emplearon también una metodología semejante a la validación cualitativa de este estudio.

Ninguno de los dos atributos que se pretendieron evaluar en esta fase de la validación (factibilidad y validez aparente) son **medibles cuantitativamente**. Una excepción es el tiempo en completar el cuestionario, que fue evaluado en la fase de análisis de las propiedades psicométricas. El diseño de la fase de validación cualitativa hizo que fuese necesario ir avanzando sobre pasos preestablecidos, cada uno de ellos llevado a cabo por protagonistas distintos, pero de forma coordinada por el equipo investigador. Especial interés cobró la fase de consolidación, donde se seleccionó un grupo de expertos que abarcase el mayor espectro de conocimiento posible, de forma que estuvieran representados los ámbitos de la medicina (cinco personas), la farmacia (tres), la enfermería (una) y la lingüística (una).

El cuestionario original sirvió de guía para la elaboración de la primera versión en español, por lo que el análisis de la **factibilidad** se centró principalmente en la sencillez y amenidad del formato y en la claridad de los ítems. La **validez aparente** se analizó en las sucesivas evaluaciones realizadas por los cuatro traductores, el grupo de expertos y el equipo investigador.

El pormenorizado proceso de validación cualitativa del cuestionario puede considerarse una fortaleza del presente estudio.

6.1.2 | Análisis de las propiedades psicométricas

6.1.2.1 | Selección de la muestra y tamaño muestral

Los **criterios de selección** del presente estudio difieren en algunos puntos con los del proyecto de validación del cuestionario original. En la validación de la versión española el cuestionario rPATD se estableció la toma de cinco o más fármacos de forma crónica como definición de paciente polimedicado, y por tanto, como criterio de inclusión de los participantes en el estudio. Esto

contrasta con lo establecido en el artículo de validación original, donde se estableció como criterio de inclusión aquellos pacientes que tomaban uno o más medicamentos. Esta diferencia es sustancial porque modifica la población diana del estudio y a la que se le puede aplicar el cuestionario. El equipo investigador decidió añadir esta modificación basándose en que la primera es la definición más aceptada en la literatura médica de paciente polimedicado y posee un mayor valor predictivo para efectos adversos relacionados con los medicamentos (214). Además, se tuvo en cuenta que las poblaciones de estudio diferían entre sí: existe mayor prevalencia de polimedicación en España que en el medio en el que se validó el artículo original (16,215).

Otra diferencia a tener en cuenta es que la población diana del estudio de validación original fueron adultos mayores y, por tanto, la versión original del cuestionario rPATD está definida para *older adults*. La **definición de adulto mayor** no está clara en la literatura (216). Reeve *et al.* establecieron un límite mínimo de edad en la muestra para pacientes de 65 años (159). Sin embargo, en el presente estudio se decidió no establecer ningún límite, al igual que en la validación de la versión árabe del cuestionario, con el objetivo de poder generalizar su uso a pacientes polimedicados en general y no únicamente a adultos mayores. Por tanto, la versión para *older adults* pasó a denominarse, en la versión española del cuestionario, versión para pacientes. A pesar de la introducción de este cambio, se mantuvo la misma estructura factorial del cuestionario rPATD original.

En el estudio de validación del cuestionario original la muestra se obtuvo de personas que vivían en residencias de ancianos y la administración fue de forma *online*. Sin embargo, nuestro estudio se realizó en el ámbito de la **Atención Primaria**, con sujetos que vivían en la **comunidad**, y la administración del cuestionario fue **presencial**. De esto se derivan dos consecuencias. Por un lado, supone un aumento de la validez externa del estudio ya que la muestra se asemeja más a la población general y los resultados pueden ser más generalizables. Por otro, este hecho, unido a que en la mayoría de las ocasiones fuera el médico de familia de cada uno de los participantes el que le invitara a participar, hizo que se obtuvieran unas tasas de respuesta altas tanto para pacientes como para cuidadores.

El **tamaño muestral** se calculó en base al límite inferior de los intervalos que aportan las recomendaciones para estudios de validación de cuestionarios. Su justificación se basa, en primer lugar, en primar la viabilidad del estudio. En segundo lugar, la estructura en cuatro factores del cuestionario se ha mantenido a lo largo del proceso de validación del cuestionario rPATD a tres idiomas diferentes —árabe, danés y francés (167–169)—. Estos hallazgos apoyan la generalización

de la estructura del cuestionario rPATD entre pacientes y cuidadores de culturas y entornos diferentes. Sin embargo, es necesario reseñar que esto generó un tamaño muestral relativamente pequeño, que debe ser tenido en cuenta como una posible limitación del estudio. Esta limitación afecta principalmente a la interpretación de los resultados del CFA. Un problema habitual hallado en los resultados de estudios con muestras pequeñas es la división (*splintering*) de un factor en grupos de ítems más pequeños, que realmente constituirían un único factor que agruparía dichos ítems (217). También puede afectar a los parámetros del modelo (magnitud de las cargas y correlaciones entre factores). Sin embargo, la mencionada consistencia de la estructura factorial del cuestionario y la similitud de los resultados con los estudios de validación similares hacen pensar que dicha limitación es poco relevante y no afecta a la validez de los resultados.

La problemática relacionada con el tamaño muestral relativamente pequeño es común en los estudios en los que se emplean cuestionarios. No obstante, el tamaño muestral absoluto del presente estudio está en consonancia con estudios de validación de cuestionarios similares (213,218–220).

6.1.2.2 | Validez

El análisis de la validez comprendió el estudio de la validez aparente, de constructo y de criterio. En general, las guías también recomiendan el análisis de la **validez de contenido** (validez lógica o *content validity*) del cuestionario. Aunque puede asemejarse a la validez aparente, se basa en el análisis del concepto que se pretende medir y se centra en la definición de las dimensiones que abarca y sus límites con otros conceptos relacionados (174). Para ello suele emplearse la opinión de expertos y diversos índices como la razón de validez de contenido (*content validity ratio*, CVR) o el índice de validez de contenido. En el artículo de validación original se analizó la validez de contenido a través del primero de ellos (159). En el presente estudio se decidió no incluir esta dimensión de la validez, al menos en un análisis cuantitativo de la misma. El motivo fue que en un cuestionario ya validado previamente se considera que los ítems ya abarcan las dimensiones adecuadas y, a priori, no se pretende eliminar ninguno de ellos. La validación de las versiones en árabe, danesa y francesa del cuestionario tampoco incluyó el análisis cuantitativo de la validez de contenido (167–169).

La **validez aparente**, como suele ser habitual en este tipo de estudios, se incluyó en la fase de validación cualitativa del cuestionario.

La primera dimensión evaluada en la fase de análisis de las características psicométricas fue la **validez de constructo**. Para ello se diseñó un AFC en el que, una vez analizadas las correlaciones

entre variables y factores y evaluado el modelo inicial, se propusieron una serie de cambios siguiendo los índices de modificación para seleccionar un modelo que obtuviera unos mejores resultados en los índices de ajuste.

En la validación del cuestionario rPATD original Reeve *et al.* emplearon un AFE para identificar los factores subyacentes y reducir el número de ítems hasta obtener una herramienta que pudiera ser aplicable a la investigación y a la práctica clínica. En la versión árabe del cuestionario se utilizó, al igual que en este estudio, un AFC. Sin embargo, en la versión danesa y francesa se llevó a cabo un AFE. El motivo que alegaron los autores fue poder analizar si emergían nuevos factores al considerar que las poblaciones de estudio y el entorno eran distintas.

La pertinencia de llevar a cabo un AFE o un AFC para este tipo de estudios está en discusión. En general, se debe emplear el AFE en aquellos casos en los que el instrumento no ha sido testado previamente. Su naturaleza es exploratoria, no emplea estadística inferencial. Una vez el instrumento ha sido testado y se han extraído los factores subyacentes, se debería emplear un AFC para responder a la pregunta ¿Tiene el instrumento a estudio la misma estructura factorial si lo aplicamos a otro subgrupo de población? (217). En este caso sí se refutan hipótesis vía estadística inferencial. La discusión surge en la siguiente pregunta: ¿Es un instrumento traducido a un idioma diferente y adaptado a otra cultura el mismo instrumento, o por el contrario es una herramienta completamente nueva? En aquellos casos en los que se considere que se trata de la misma herramienta pero validada a otro idioma, se deberá emplear un AFC; pero si se considera una nueva herramienta, estaría indicado un realizar un AFE.

El equipo investigador decidió llevar a cabo un AFC porque, como se ha descrito anteriormente, la estructural factorial del cuestionario rPATD ha sido ampliamente demostrada tanto en el estudio de validación original (159) como en sus validaciones al árabe, danés y francés (167–169). Estos hallazgos apoyan la generalización del cuestionario rPATD entre sujetos con idioma, cultura, entornos y sistemas sanitarios diferentes.

La segunda dimensión evaluada en este apartado fue la **validez de criterio**. Analizar esta dimensión es particularmente complejo cuando se desarrolla un cuestionario que pretende capturar actitudes y creencias, ya que no existe un *gold standard* frente al que poder comparar. En la validación del cuestionario original se establecieron cuatro hipótesis a priori: 1) la predisposición a la deprescripción estaría asociada a la percepción de preocupación en relación a los fármacos; 2) la predisposición a la deprescripción se correlacionaría con una percepción de carga asociada al uso de fármacos; 3) la predisposición a la deprescripción estaría correlacionada con el nivel de confianza

en el médico; y 4) la predisposición a la deprescripción no se correlacionaría con una condición médica como la osteoporosis (hipótesis de control negativa) (159). El equipo investigador decidió emplear las dos primeras hipótesis, ya que no existe una versión validada al castellano de la escala de la Universidad Wake Forest —empleada para refutar la tercera hipótesis—, y no se consideró necesario añadir un elemento de control a una escala ya validada previamente. Se empleó el coeficiente gamma, al igual que se hizo en el estudio de validación del cuestionario original.

La **subescala de preocupación del cuestionario BMQ** analiza la preocupación del paciente acerca de su medicación a través de cinco ítems relacionados con la toma de medicación, efectos a largo plazo, conocimiento de la misma, interferencia en su vida diaria y posible dependencia. Por tanto, cabría esperar que una mayor preocupación percibida sobre la medicación se correspondería con una mayor percepción de carga de la medicación (factor *Carga*). Por otro lado, se correspondería con una menor preocupación de que la medicación fuera cesada (factor *Preocupación sobre el cese*) y con una peor percepción de adecuación de la medicación (factor *Idoneidad*). Sin embargo, en la validación del cuestionario original, de forma contradictoria a lo que se podría esperar, una mayor preocupación percibida medida a través de la subescala de *preocupación* del BMQ se correlacionó con una mayor preocupación sobre el cese de medicamentos. Esto se interpretó en base a que es posible que la creencia subyacente no fuera únicamente la preocupación específica sobre el cese de los medicamentos, sino el reflejo de personas que experimentan altos niveles de preocupación o estrés en general. No obstante, en el presente estudio se emplearon como hipótesis los mismos resultados que se observaron en la validación del cuestionario original.

La validez de criterio no fue analizada en las versiones en árabe, en danés ni en francés del cuestionario (167–169). La inclusión de este análisis puede considerarse una fortaleza del presente estudio.

6.1.2.3 | Fiabilidad

Existe amplio consenso en que las dos dimensiones de relevancia en el análisis de la fiabilidad son la consistencia interna y la fiabilidad test-retest.

La **consistencia interna** es el atributo más comúnmente analizado a la hora de evaluar la fiabilidad. Se obtiene en una sola administración del cuestionario y se ha llevado a cabo en la validación de todas las versiones del cuestionario rPATD. Existen diferentes métodos para su estudio (alfa de Cronbach, Kuder-Richardson, método de dos mitades) aunque arrojan similares resultados y la primera es la más comúnmente aceptada. El alfa de Cronbach, como medida de la correlación de

los ítems que forman una escala, es una propiedad inherente del patrón de respuesta de una muestra concreta y no una característica de la escala en sí misma. De ahí la importancia de su empleo al validar un instrumento de medida en una muestra con características diferentes a la original (175).

En cuanto a la **fiabilidad test-retest**, se desarrolló de forma similar a la validación del cuestionario original. Sin embargo, el equipo investigador se planteó el uso del coeficiente de correlación intraclass (CCI) en lugar del coeficiente kappa de Cohen. Este último presenta varias limitaciones, entre ellas su dependencia de la prevalencia de respuestas en cada categoría y del número de categorías (175), lo que puede hacer que su valor sea más bajo en determinados ítems, como ya ocurrió en el estudio de validación del cuestionario original. Sin embargo, se priorizó el empleo de los mismos coeficientes que en el cuestionario original para poder comparar resultados.

El análisis de la fiabilidad test-retest se realizó también en la validación de la versión en árabe (167) y en francés del cuestionario rPATD (169), donde los autores emplearon el CCI, mientras en la versión danesa del mismo no se comprobó este atributo (168).

Es importante reseñar que la significación estadística de gamma o de kappa no informa sobre la magnitud del grado de acuerdo, por lo que en ocasiones —como en el presente estudio—, no se reporta. En palabras extraídas de Norman-Streiner: *“En nuestro primer curso de estadística se nos enseña que cada prueba debe ir acompañada de un nivel de probabilidad, y que solo las que tienen valores de p inferiores a 0.05 son significativas, y los resultados con valores de p mayores probablemente se deban al azar. De esta forma, la tentación es reportar el valor de p para los coeficientes de fiabilidad. Pero, en ocasiones los líderes religiosos nos amonestan para que evitemos las tentaciones y, al menos en este sentido, tienen razón. Acompañar de una prueba de significación estadística un coeficiente de fiabilidad equivale a cometer un error tipo III: obtener la respuesta correcta a una pregunta que nadie está haciendo”* (175).

El tiempo entre administraciones suele depender de la estabilidad de las variables. Para variables estables que, generalmente, no cambian en el tiempo —como son las que integran el constructo actitudes hacia la deprescripción— se establece un plazo de dos a cuatro semanas. Otras variables con más tendencia a la modificación —como, por ejemplo, el nivel de dolor en una escala— necesitarían un plazo menor (186). Además, es necesario tener en cuenta otras dos circunstancias. Una es que los sujetos pueden recordar las respuestas de la primera administración del cuestionario, produciéndose un coeficiente falsamente elevado. Otra es que los sujetos pueden prestar menos atención en la segunda administración o incluso negarse a volver a completar el cuestionario, lo que

resultaría en un coeficiente falsamente bajo. Sin embargo, estas son simplemente limitaciones a valorar en el desarrollo del estudio y no impiden el análisis test-retest.

6.1.3 | Sesgos en el empleo de cuestionarios

De forma independiente al análisis de la metodología empleada para la evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario, existen una serie de **sesgos inherentes al empleo de cuestionarios**. El más común es el **sesgo por diseño inapropiado de las preguntas**, motivo por el que cobra especial relevancia el proceso multidisciplinar de adaptación transcultural y pilotaje del cuestionario, incluido en este estudio en la fase de validación cualitativa.

Determinados sesgos afectan de forma especial a la reacción subconsciente del sujeto que completa el cuestionario. Entre ellos se encuentra el **sesgo de la respuesta invariable**, que se produce debido a la tendencia del individuo a responder siempre de la misma manera. También destaca el **sesgo de aversión por puntos extremos** o de tendencia central, que ocurre cuando los sujetos de estudio evitan las categorías extremas y tienden a dar respuestas intermedias por la dificultad o temor a realizar juicios absolutos. Este sesgo cobra especial relevancia en cuestionarios como el rPATD, donde existe un nivel de respuesta central (“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”). Un fenómeno relacionado con el anterior es el **sesgo de aquiescencia**, que indica la tendencia a responder afirmativamente a los ítems de un cuestionario independientemente del contenido de la pregunta. El **sesgo espacial de respuesta** hace que el individuo tenga preferencia por un polo de respuesta (a favor o en contra), independientemente del contenido.

Las instrucciones previas al cuestionario, evaluadas con especial atención durante el proceso de validación cualitativa, donde se remarca que no existen opciones correctas ni incorrectas y que las respuestas deben reflejar únicamente la opinión personal del sujeto que completa el cuestionario, ayudan a minimizar estas tendencias. Además, el entrevistador repitió al sujeto de estudio las instrucciones para asegurarse de que este entendía estos aspectos (221).

Por último, existen dos sesgos que, si bien pueden extenderse a la recogida de todas las variables, tienen especial relevancia en la respuesta a los ítems del cuestionario. El primero de ellos es el **sesgo de no respuesta**. Hace referencia a las estimaciones poblacionales obtenidas a partir de la muestra de sujetos que responden a un cuestionario frente a las estimaciones que se habrían obtenido si el total de la muestra hubiera respondido al mismo. Se produce si los sujetos que no responden difieren sistemáticamente de los que responden en aquellas características que son de interés para

el estudio. Está relacionado con la tasa de respuesta, entendida como el número de sujetos seleccionados que finalmente completan el cuestionario (222).

El hecho de que el estudio se desarrollase en el ámbito de la Atención Primaria y que los médicos de familia de los sujetos de estudio colaborasen en la captación de los pacientes hizo que se obtuvieran tasas de respuesta muy superiores a las obtenidas en el estudio de validación del cuestionario original. En este, tras un periodo de anuncio público del estudio, se distribuyó de forma online y en copias impresas a través de distintas instituciones (159). Debido a que la proporción de sujetos que no completaron el cuestionario fue baja y que no se pudo obtener el resto de variables para poder comparar ambos subgrupos, no se analizaron las diferencias entre aquellos que respondieron y aquellos que no. El sesgo de no respuesta debe diferenciarse de la no respuesta a ciertos ítems del cuestionario, lo que se conoce como valores faltantes o perdidos.

El segundo de ellos es el **sesgo del entrevistador**, aquel por el que el personal clínico o investigador que administra el cuestionario tiende a influir, de forma consciente o no, en las respuestas al mismo. Este sesgo tiene un impacto relativo en el presente estudio porque se trata de un cuestionario estructurado que se completa de forma autoadministrada (221). Sin embargo, a lo largo de la recogida de datos algunos sujetos precisaron de la ayuda del personal investigador, con la posibilidad de que esto supusiera un sesgo de obsequiosidad, llevando a elegir opciones más conservadoras. El equipo investigador consideró que este hecho tuvo escasa relevancia en los resultados del estudio ya que se ha mantenido la misma estructura factorial que en el cuestionario original autoadministrado. No obstante, este punto debe ser verificado en futuros estudios que empleen la versión española del cuestionario rPATD.

La recogida del resto de variables sí pudo verse influenciada por el sesgo del entrevistador, motivo por el que diseñó y se pilotó el Cuaderno de recogida de datos con preguntas preestablecidas (**Anexo 5**).

6.2 | Discusión de los resultados

6.2.1 | Validación cualitativa del cuestionario

Tras el exhaustivo proceso de validación cualitativa se obtuvo la **primera versión en español** del cuestionario rPATD para pacientes y para cuidadores.

En la **traducción directa e inversa**, un ítem presentó una dificultad para la traducción superior a la del resto: el ítem 22 y 19 de la versión para pacientes y cuidadores, respectivamente (**C4**, sentir que nos estamos rindiendo). El ítem en inglés (*If my doctor recommended stopping a medicine I would feel that he/she was giving up on me; I feel that if I agreed to stopping one of my care recipient's medicines then this is giving up on them*) emplea la expresión “give up on”, que puede ser traducido como “perder la confianza” o “perder la fe”, y ese fue el matiz que le dieron los traductores en la traducción directa. Sin embargo, en la fase de síntesis, el equipo investigador interpretó esta expresión como “darse por vencido” o “rendirse”, motivo por el que los traductores indicaron este ítem como difícil en su traducción.

En la **fase de síntesis** se identificaron distintos ítems con un grado menor de equivalencia conceptual y semántica que el resto. Sin embargo, no se consideró ninguno para ser reformulado y de nuevo sometido a un proceso de traducción-retrotraducción.

Diversos ítems fueron también modificados en la **fase de consolidación** y en la de **pilotaje** (**Anexo 10a y Anexo 10b**, y **Anexo 11a y Anexo 11b**, respectivamente), siguiendo las indicaciones del grupo de expertos y de los sujetos a los que se les administró el cuestionario.

Esta versión demostró una **factibilidad** y **validez aparente** comparables a la versión original del cuestionario rPATD.

6.2.2 | Validez

6.2.2.1 | Validez de constructo

El AFC realizado en el presente estudio confirmó la **estructura en cuatro factores** tras ciertas modificaciones que supusieron importantes mejoras en los índices de ajuste de las versiones para pacientes y cuidadores en comparación con el modelo inicial.

Ciertos ítems mostraron bajas cargas en sus respectivos factores. En ambas versiones del cuestionario se halló una baja carga del **ítem B1** (gastar mucho dinero) en el factor *Carga*. Esto puede explicarse en base a que en el estudio se seleccionaron participantes con distintos niveles de contribución para el pago de sus medicamentos. En España, esta contribución va desde el 0 al 60% dependiendo del nivel de ingresos, tipo de medicación y situación laboral, lo que puede hacer que estos participantes percibiesen el gasto en medicación como una carga o no (223). Este ítem se retuvo en el factor *Carga* debido a su importancia percibida por el equipo investigador y su utilidad

a la hora de evaluar cómo podría afectar un posible cambio de contribución al paciente y/o al cuidador.

En la versión para pacientes destacó de forma interesante la baja carga del **ítem A5** (efectos secundarios). Este ítem también presentó una carga baja en la versión original del cuestionario (versión para pacientes: 0.43, versión para cuidadores: 0.52) (159), en la versión en árabe (versión para cuidadores: 0.57) (167), en la versión danesa (versión para pacientes: 0.29) (168) y en la versión francesa (versión para pacientes: 0.35, versión para cuidadores: 0.29) (169). Mientras el resto de ítems del factor *Idoneidad* hacen referencia al balance riesgo-beneficio, el ítem A5 interroga sobre los efectos adversos de los medicamentos, es decir, los potenciales riesgos de la medicación. Su baja carga en el factor *Idoneidad* de forma repetida en los sucesivos análisis factoriales hace pensar que la percepción de idoneidad que tienen los usuarios acerca de sus medicamentos difiere de la de los profesionales sanitarios. Los primeros la entienden como la ausencia de riesgo, mientras los segundos lo hacen como el balance entre riesgo y beneficio.

La correlación establecida entre el **ítem B3** (muchos medicamentos) y el **ítem B5** (demasiados medicamentos) es lógica. La diferencia entre ambos ítems es muy sutil. Sólo se diferencia en el matiz que le otorga “demasiados”, que indica que, independientemente de que el paciente esté tomando muchos medicamentos o no, este piensa que debería tomar menos medicamentos de los que está tomando.

En la versión para cuidadores, el **ítem B4** (carga) cargó en más de un factor (factores *Carga* y *Preocupación sobre el cese*). Esto tiene validez externa ya que, como se discutirá más adelante, los cuidadores preocupados por la carga de la medicación pueden mostrar también altos niveles de preocupación sobre su cese, reflejando altos niveles de preocupación o estrés en general. En el AFE realizado en el estudio de validación original del cuestionario rPATD, tres ítems de la versión para pacientes y un ítem de la versión para cuidadores cargaron en más de un factor (159). Sin embargo, esta limitación se consideró, al igual que en el presente estudio, irrelevante en la práctica.

También en la versión para cuidadores se permitió la correlación entre el **ítem I4** (tener en cuenta) y el **ítem I3** (saber todo lo posible), y entre el **ítem I5** (preguntar siempre si no entiendo) y el **ítem I2** (saber exactamente los medicamentos). Se trata de ítems que interrogan sobre aspectos muy relacionados, aunque al estar situados de forma consecutiva en el cuestionario no se puede descartar un sesgo de respuesta. Este tipo de sesgo refleja la tendencia del individuo a responder un ítem de la misma forma que el ítem anterior y ocurre particularmente cuando las opciones de respuesta consisten en una escala de Likert y están orientadas en la misma dirección (175).

En general, **en ambas versiones**, destacó la baja correlación del **factor *Implicación*** con el resto de factores. Esto se explica en base a que, en el estudio de validación original, tres factores se identificaron como posible predictores de la deprescripción (*Carga, Idoneidad y Preocupación sobre el cese*). Sin embargo, el factor *Implicación*, aunque podía proveer otra información adicional para la práctica clínica, no se identificó como tal (159). Los hallazgos encontrados en el AFC del presente estudio son consistentes con esta hipótesis.

Los **índices de ajuste** hallados en el AFC, en general, mostraron un ajuste aceptable-bueno para ambas versiones del cuestionario, aunque no se obtuvieron resultados óptimos para todos ellos. Así, las dos modalidades de la herramienta mostraron un ajuste bueno según los índices RMSEA, CFI e IFI; aceptable según SRMR; y un ajuste pobre según NFI y AGFI. Esto puede estar relacionado con el relativo pequeño tamaño muestral del estudio, que, como se ha indicado en la discusión del cálculo del mismo, puede ser considerado como una limitación del estudio.

En cuanto al **ajuste local del modelo**, la versión para pacientes mostró una adecuada validez de convergencia y de discriminación. Sin embargo, en la versión para cuidadores, la validez de convergencia y discriminación fue menor. Es importante señalar que los índices empleados para el análisis de la validez de convergencia (alfa, omega, AVE y validez de convergencia) hacen referencia al modelo, y no al conjunto de datos brutos que conforman las respuestas al cuestionario. Por este motivo, aunque estos valores, lógicamente, pueden asemejarse, no son idénticos a los mostrados por el índice de alfa de Cronbach empleado para el análisis de la consistencia interna (apartado 5.2.2.1 Consistencia interna).

En comparación con versiones validadas en otros idiomas del cuestionario rPATD, únicamente la **versión en árabe** empleó un AFC. Sin embargo, en el artículo de validación los autores sólo declararon que el modelo resultó en los cuatro mismos factores descritos en el cuestionario original, sin reportar índices de ajuste ni otros parámetros, por lo que no es posible comparar resultados.

En la **versión danesa**, aunque se realizó un AFE y, por tanto, no se reportaron índices de ajuste del modelo, se halló la misma estructura en cuatro factores que en el modelo original. Sin embargo, es destacable que para conseguir una mejora del modelo se eliminaron los **ítems B2** (muy molesto) y **B1** (gastar mucho dinero). El motivo fue que este cuestionario se validó en pacientes que vivían en residencias y tenían una expectativa de vida limitada. Los investigadores asumieron que carecía de sentido interrogar a los pacientes sobre la molestia que les causaba tomar la medicación y sobre el gasto que les suponía, ya que la medicación se les administraba en la propia residencia y no tenían

que pagar por ella. Al igual que en el presente estudio, diversos ítems presentaron cargas cruzadas, lo que se consideró irrelevante en la práctica.

En la **versión francesa** también se llevó a cabo un AFE donde se halló una estructura en cuatro factores, en este caso para las versiones para pacientes y para cuidadores, similar a la del cuestionario original.

6.2.2.2 | Validez de criterio

Las correlaciones esperadas tanto en las hipótesis relacionadas con la subescala de *preocupación* del cuestionario BMQ como las relacionadas con el factor *Carga* se hallaron en la muestra para pacientes y para cuidadores, lo que indicó la adecuada validez de criterio de la versión española del cuestionario rPATD.

Como era lógico esperar, aquellos sujetos que mostraron una mayor percepción de la carga que les suponía la medicación, presentaron una percepción de preocupación alta medida a través del cuestionario BMQ. Por el contrario, aquellos que mostraron una mayor percepción de idoneidad acerca de su medicación, declararon una percepción de preocupación baja según el cuestionario BMQ. Únicamente la correlación con el factor *Preocupación sobre el cese* de la versión para pacientes, aunque indicó una correlación positiva, no mostró significación estadística en su relación con el cuestionario BMQ. Esto va en consonancia con lo explicado en la discusión de los métodos empleados (apartado 6.1.2 b) Validez). Además, mientras la subescala de *preocupación* del cuestionario BMQ interroga acerca de la preocupación de los pacientes acerca de sus medicamentos, no se adentra en una posible retirada de los mismos, como sí hacen los ítems del factor *Preocupación sobre el cese* del cuestionario rPATD. Esto hace que en determinados sujetos las respuestas a ambos cuestionarios puedan no estar dirigidas en la misma dirección.

En cuanto a la segunda hipótesis, igualmente era lógico pensar que los sujetos que tenían una mayor percepción de que su medicación era idónea también percibirían que su medicación les suponía una carga baja. Los sujetos que percibían una alta preocupación sobre el cese de su medicación también percibieron que esta les suponía una carga alta, lo que es consistente con el análisis descrito en la discusión de los métodos (apartado 6.1.2 b) Validez).

6.2.3 | Fiabilidad

6.2.3.1 | Consistencia interna

La versión española del cuestionario rPATD demostró ser un instrumento con una adecuada consistencia interna. El coeficiente alfa de Cronbach para cada uno de los factores de las dos versiones del cuestionario mostró valores que **superaron en su mayoría el corte comúnmente establecido de 0.7**. Ninguno alcanzó el límite de 0.9, valor que, en el caso de superarse, podría indicar redundancia de los ítems (175). Únicamente el factor *Preocupación sobre el cese* de la versión para cuidadores presentó un valor ligeramente inferior a 0.7, aunque algunos autores han admitido este valor como aceptable cuando se trabaja con constructos psicológicos (188).

Los valores hallados en el presente estudio fueron **similares a los de la validación del cuestionario original**, que variaron desde 0.648 a 0.872 (159). Estos resultados también fueron similares a las de las versiones árabe, danesa y francesa del cuestionario (167–169). Es significativo el hecho de que, de forma similar al presente estudio, en la validación original, en danés y en francés, el factor *Preocupación sobre el cese* presentara los valores de alfa de Cronbach más bajos. Como hipotetizó Reeve *et al.*, es posible que no exista una creencia única que influya en la forma en que se responde a los ítems de este factor, o que la creencia subyacente pueda incluir preocupaciones distintas a la mera preocupación sobre la interrupción de un medicamento (159).

6.2.3.2 | Fiabilidad test-retest

Los hallazgos encontrados en el análisis de la fiabilidad test-retest indican que la versión española del cuestionario rPATD es un instrumento fiable en cuanto a su estabilidad.

Los resultados del coeficiente kappa de Cohen ponderado para los **ítems** mostraron valores **de moderados a muy buenos** en la versión para pacientes y para cuidadores. Estos resultados fueron **ligeramente superiores** a los del cuestionario original (de justos a muy buenos), donde los ítems del factor *Preocupación sobre el cese* presentaron valores particularmente bajos (159). En el presente estudio los ítems con valores más bajos fueron aquellos pertenecientes al factor *Implicación* y los dos ítems globales del cuestionario. Esto puede ser debido a que el coeficiente kappa de Cohen es dependiente de la prevalencia de respuestas en cada categoría (175) y en ambas versiones del cuestionario la opción “Totalmente de acuerdo” superó ampliamente, en la primera administración, el 50% de las respuestas en los ítems señalados (**Figura 13 y Figura 14**).

En cuanto al análisis de la reproducibilidad de los **factores**, también encontramos **valores levemente superiores** a los del cuestionario original. Estas diferencias entre los resultados del presente estudio y los del estudio de validación original pueden deberse a las características de la muestra empleada. En el presente estudio se seleccionaron pacientes polimedicados con cinco o más medicamentos, lo que puede hacer que tengan unas opiniones más asentadas y, por el hecho de estar expuestos a más medicación, sean más proclives a recordar las respuestas, produciéndose un sesgo de memoria. El tiempo transcurrido entre ambas administraciones del cuestionario fue similar en ambos estudios. Es interesante señalar que el grado de acuerdo fue significativamente mayor en la muestra de cuidadores que en la de pacientes, circunstancia que también ocurrió en la validación del cuestionario original.

En general, los valores del test-retest de los factores fueron superiores en comparación con los resultados de los ítems que los componen. Esto puede ser explicado por el estadístico empleado para el análisis de cada uno de ellos. Para analizar la reproducibilidad de cada ítem se empleó el coeficiente kappa de Cohen ponderado, que analiza la concordancia según la diferencia existente entre las puntuaciones otorgadas en ambas administraciones. Sin embargo, el coeficiente gamma, empleado para analizar los factores, mide la concordancia basándose en el orden que ocupa la puntuación en la primera y en la segunda administración con respecto al resto de puntuaciones del mismo factor. De esta forma, es lógico pensar que el que presentó la mayor puntuación para un determinado factor en la primera administración, ocupará también una de las primeras posiciones en la segunda administración, y así sucesivamente con el resto de posiciones.

Los resultados del análisis de la fiabilidad test-retest de los ítems de la **versión árabe** del cuestionario fueron ligeramente superiores —se halló un CCI que fue de bueno a muy bueno (167)—. El análisis de la **versión francesa** arrojó unos resultados similares a los del presente estudio (169). Sin embargo, los autores de este artículo observaron que en determinados ítems algunos sujetos modificaron su respuesta entre las opciones “Totalmente de acuerdo” y “De acuerdo”, o entre las opciones “Totalmente en desacuerdo” y “En desacuerdo”. Aunque el coeficiente kappa de Cohen ponderado minimiza la relevancia de este fenómeno al asignar diferentes ponderaciones a los desacuerdos según su magnitud, surge la duda sobre si la escala de cinco opciones de respuesta es la más adecuada, o, en su lugar, sería recomendable el uso de una escala de tres opciones (“De acuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “En desacuerdo”). Esta escala, más sencilla, se empleó en el cuestionario rPATDcog, una versión modificada del cuestionario rPATD desarrollada por Reeve *et al.* para pacientes con deterioro cognitivo (224).

6.2.4 | Tiempo empleado en completar el cuestionario

Una preocupación habitual en el empleo de cuestionarios es el tiempo invertido en completarlo. Se ha documentado que cuestionarios **más largos implican una tasa de respuestas más baja**, lo que limitaría la utilidad de los mismos (225). Entre los objetivos del presente estudio se encontraba el análisis de la factibilidad, que, aunque fue corroborada en la fase de validación cualitativa, se ha completado con el análisis del tiempo empleado en completar el cuestionario en la fase de análisis de las propiedades psicométricas.

El tiempo invertido en completar el cuestionario fue **similar al cuestionario original**, donde el 62,1% de los pacientes y el 50% de los cuidadores lo completaron en menos de 5 minutos (159), e inferior a la versión francesa, donde se empleó una media de 12.7 y 10 minutos, respectivamente (169).

Estos resultados hacen viable su empleo en la práctica clínica diaria y en proyectos de investigación.

6.2.5 | Actitudes de los pacientes y cuidadores hacia la deprescripción

Basándose en las respuestas de los sujetos del presente estudio a la versión en español del cuestionario rPATD es posible analizar las actitudes de los pacientes y los cuidadores hacia la deprescripción de medicamentos en la muestra de pacientes polimedicados y cuidadores. Los resultados de este análisis arrojaron datos relevantes que, además, permiten la comparación con otros estudios en los que se ha empleado el cuestionario PATD y el cuestionario rPATD.

En la **muestra para pacientes**, el primero de los ítems globales (**G1**) mostró que una amplia mayoría de los sujetos —superior al 80% de la muestra— afirmaba que estaría dispuesto a dejar de tomar uno más de sus medicamentos habituales si su médico dijera que es posible, y por tanto, tendría una predisposición positiva hacia la deprescripción. Esto es consistente con los estudios similares realizados de forma previa por Reeve *et al.* en Estados Unidos (85), Tegegn *et al.* en Etiopía (166), Kua *et al.* en Malasia (165). Reeve *et al.* en Australia (162), Scott *et al.* en Reino Unido (133), Achterhof *et al.* en Alemania (134), Martínez *et al.* en Estados Unidos (161), Kua *et al.* en Singapur (163), Rozsnyai *et al.* en Suiza (135), Nusair *et al.* en Jordania (167) y Lundby *et al.* en Dinamarca (226). A pesar de la heterogeneidad de los diferentes entornos y el diferente nivel socioeconómico de estos países, los resultados fueron homogéneos en cuanto a esta dimensión. Dos estudios cualitativos llevados a cabo recientemente en residencias mostraron que los pacientes desconocían la posibilidad de tomar menos fármacos de los que estaban tomando (128,227). Esto pone de

manifiesto la importancia de la actitud proactiva de los clínicos a la hora de revisar la medicación y plantear un posible proceso de retirada de fármacos.

Una proporción similar de respuestas positivas (“Completamente de acuerdo” o “De acuerdo”) se halló en el segundo ítem global (**G2**), que interroga acerca de la satisfacción con los medicamentos que el paciente está tomando. Este punto también coincide con los citados estudios, donde se encontraron porcentajes de respuestas positivas que variaron entre el 78.8% y el 97.1%. El hecho de que los pacientes estén satisfechos con su medicación pero, a su vez, acepten dejar de tomar alguno de sus medicamentos es un hallazgo ampliamente descrito en la literatura: los pacientes desean tomar menos medicamentos, pero al mismo tiempo, se sienten obligados a tomarlos (97,228,229). Los médicos, en general, no inician conversaciones acerca de la deprescripción porque dan por sentado que los pacientes están satisfechos con los medicamentos que están tomando y piensan que puede ser percibido de forma negativa por estos (230,231). Estos resultados refuerzan la idea de que debe ser el clínico el que debe tomar la iniciativa de conversar con el paciente sobre un posible proceso de deprescripción de medicamentos.

En relación al **factor Implicación**, se observó que los sujetos de la muestra presentaron altos niveles de implicación en cuanto a sus fármacos en las diferentes dimensiones estudiadas. De especial relevancia para la práctica clínica es el hecho de que un 95% de los sujetos declarasen que les gustaría que su médico/a les tuviera en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre sus medicamentos (**I4**). La participación del paciente en la toma de decisiones es un aspecto fundamental de la atención centrada en el paciente (232). Este hallazgo contrasta con el hecho de que muchos médicos declaren la resistencia del paciente o la falta de voluntad para dejar de tomar medicamentos como uno de los principales factores que impide la deprescripción (233,234).

En el análisis del **factor Carga**, se hallaron resultados más heterogéneos que en el anterior factor. El gasto en medicamentos (**B1**) supuso una carga para el 38.6% de los pacientes. Este ítem es relevante en el presente estudio ya que las diferencias entre sistemas sanitarios hacen que únicamente los resultados obtenidos en estudios de países con sistemas sanitarios y nivel socioeconómico similares sean extrapolables a nuestro ámbito. De esta forma, en el estudio llevado a cabo en Australia este porcentaje fue del 54.2% (165) y en el realizado en Suiza fue del 65% (135). En la versión empleada en Reino Unido por Scott *et al.*, curiosamente, se modificó el ítem de forma que interrogaba al paciente acerca de si el *National Health Service* —sistema nacional de salud británico— gastaba mucho dinero en sus medicamentos. Se obtuvo una respuesta positiva en el 84.3% de los pacientes (133). El coste asociado a los medicamentos puede influir en las actitudes de los pacientes hacia la

deprescripción, por lo que es una variable a tener en cuenta en la prescripción de pacientes que pagan un porcentaje de sus fármacos (235).

El hecho de tener que tomar todos los días los medicamentos fue declarado como muy molesto (**B2**) por el 40% de los pacientes. En otros estudios similares este ítem mostró más disparidad: el 38% de los pacientes opinaron de la misma forma en el estudio desarrollado en Etiopía (166), el 26.9% en el estudio de Malasia (165), el 16% en el estudio de Australia (162), el 15% en el estudio de Reino Unido(133), el 38% en el estudio de Singapur (163) y el 19% en el estudio de Suiza (135).

Los hallazgos sobre la carga que suponen estas dos dimensiones (**costes y molestias**) cuantifican lo encontrado hasta ahora en estudios cualitativos: en los pacientes se producen sentimientos encontrados entre tener que tomar la medicación porque la perciben necesaria, pero sienten que para ellos es una carga que les supone, entre otros factores, costes y molestias (111).

Una dimensión fundamental del factor *Carga* —hasta el punto de conformar uno de los objetivos por los que se diseñó el cuestionario rPATD— es la percepción del paciente acerca del número de medicamentos que estaba tomando. El 51.7% indicó estar tomando muchos medicamentos (**B3**). Estas cifras van en consonancia con otros estudios similares. El 50.6% de los pacientes declaró en el mismo sentido en el estudio desarrollado en Etiopía (incluía pacientes que tomaban ≥ 1 fármaco) (166), el 33.7% en el estudio de Malasia (pacientes con ≥ 1 fármaco) (165), el 48% en el estudio de Australia (pacientes con ≥ 5 fármacos) (162), el 45% en el estudio de Singapur (pacientes con ≥ 1 fármaco) (163), el 54% en el estudio de Suiza (≥ 5 fármacos) (135), y el 55% en el estudio desarrollado en Dinamarca (pacientes con ≥ 1 fármaco) (226). No es desdeñable el hecho de que, a pesar de los diferentes límites establecidos en la toma de fármacos, en la mayoría de los estudios uno de cada dos pacientes tuviera la percepción de estar tomando muchos medicamentos.

En cuanto al **factor Idoneidad**, los sujetos de la muestra declararon un nivel de acuerdo moderado-bajo, con un porcentaje de respuestas igual o inferior al 40% en todos los ítems. No hay que olvidar que, al contrario que en el resto de factores, un menor grado de acuerdo con los ítems refleja un mayor grado de idoneidad percibida. Por tanto, en general, los pacientes percibieron su medicación como idónea. Las dimensiones estudiadas en este factor son las más adecuadas para identificar aquellos pacientes con los que se podría iniciar un proceso de deprescripción. Así, aunque únicamente el 20% de los pacientes afirmó que ya no necesitaban uno o más de los medicamentos que estaban tomando (**A1**), un 40% afirmó que le gustaría dejar de tomar un medicamento para ver cómo se sentía sin él (**A2**) y un 33.9% indicó que uno o más de su medicamentos podría no estar haciéndole efecto (**A4**). En el estudio desarrollado en Australia se obtuvieron unos porcentajes del

10%, 21% y 8% (162); en el realizado en Reino Unido, del 33.4%, 29.3% y 20% (133); en el de Singapur, del 24%, 32% y 17% (163); y en el de Dinamarca, del 55%, 33% y 13% (226), respectivamente. El grado de acuerdo entre los diferentes estudios varía y probablemente esté en relación con otras variables como las características de las muestras analizadas o el ámbito donde se desarrollaron los estudios.

Por último, en relación al **factor Preocupación sobre el cese**, en general, el grado de acuerdo fue moderado-bajo para los ítems en el presente estudio. Esto indica una moderada-baja preocupación sobre el posible cese de los medicamentos. Resultados semejantes se encontraron en el estudio realizado en Australia (162), en Reino Unido (133), en Singapur (163) y en Dinamarca (226).

Sin embargo, existen dos ítems que difieren significativamente del resto. Por un lado, el **ítem C2** (*“Si dejara de tomar uno de mis medicamentos, me preocuparía perderme el beneficio que podría obtener de él en el futuro”*) obtuvo un porcentaje de respuestas más alto que el resto de ítems —un 44%—. Un resultado similar se halló en el estudio de Dinamarca, con un 55% de respuestas afirmativas (226). Esto puede estar en relación, más que con el beneficio real de la medicación, con las expectativas de los pacientes hacia sus fármacos. Se ha observado que los pacientes sobreestiman los beneficios de sus fármacos e infraestiman sus daños. Estos hallazgos reafirman que los profesionales sanitarios deben informar de forma precisa y equilibrada sobre los beneficios y daños de los medicamentos, brindando así la oportunidad de que los pacientes desarrollen expectativas realistas y lleven a cabo una toma de decisiones informada (118).

En dirección contraria destaca, en comparación con el resto de ítems, el escaso número de respuestas positivas al **ítem C4** (*“Si mi médico/a me recomendara dejar uno de los medicamentos que tomo, sentiría como si nos estuviéramos rindiendo”*) —únicamente el 20% de los sujetos contestaron de esta forma (“Completamente de acuerdo” o “De acuerdo”)—. Esta cifra está en consonancia con el estudio de Australia (6%), Reino Unido (16%) y Singapur (9%), y en todos ellos fue el ítem que obtuvo la puntuación más baja de este factor. Esto indica que una gran mayoría de los pacientes, de forma contraria a lo que tienden a pensar los médicos, no percibiría la deprescripción como una falta de atención médica o una dejadez por parte de los profesionales sanitarios (138).

En cuanto a la **muestra para cuidadores**, las respuestas a los dos ítems globales mantuvieron porcentajes positivos de respuesta altos (“Completamente de acuerdo” o “De acuerdo”) —un 85.5% para el primero (**G1**) y un 86.7% para el segundo (**G2**)—. Esto va en consonancia con los estudios desarrollados por Reeve *et al.* en Australia (162), Scott *et al.* en Reino Unido (133) y Kua *et al.* en

Singapur (163), y son superiores a los del estudio de Kua *et al.* en Malasia, que obtuvo porcentajes del 65.4% y 82.7%, respectivamente (165). Estos hallazgos indican que la predisposición a la interrupción de un medicamento no solo se limita a los pacientes, sino que se extiende a los cuidadores de pacientes polimedicados, y refuerza la idea de que el clínico debe abordar explícitamente el tema de la deprescripción en la consulta también con los cuidadores.

Los niveles de implicación en la toma y el manejo de la medicación también fueron altos en la muestra para cuidadores según los resultados del **factor Implicación**. Este resultado es lógico y concuerda con lo hallado en otros estudios donde se analiza el nivel de implicación de los cuidadores en torno a la medicación de las personas a las que cuidan (133,162,163). Es destacable el hecho de que tanto en el estudio desarrollado en Australia como en el de Singapur se observó que puntuaciones más altas en el factor *Implicación* se correlacionaron con una mayor predisposición a interrumpir el tratamiento con uno o más medicamentos (162,163). Esto enfatiza la importancia de la implicación de los cuidadores en la toma de decisiones acerca de la medicación.

Los ítems que componen el **factor Carga**, al igual que en la versión para pacientes, mostraron distribuciones de respuesta más heterogéneas que el factor *Implicación*. En cuanto a la dimensión que analiza el coste económico de los medicamentos (**B1**), respondieron de forma positiva un 30% de los sujetos, una cantidad sensiblemente menor a la muestra para pacientes. Es razonable, ya que los pacientes que precisan cuidados habitualmente tienen un nivel de aportación menor de sus medicamentos. Al igual que ocurre en la versión para pacientes, este ítem no es comparable a otros estudios desarrollados en ámbitos diferentes. En el estudio de Australia este porcentaje fue del 44% (162) y en el de Singapur del 54% (163). En el de Reino Unido fue del 56.6% (133), pero como se ha detallado anteriormente, atribuye la carga económica al sistema nacional de salud británico.

Un porcentaje mínimamente inferior al de la versión para pacientes —el 45%—, contestó de forma afirmativa al hecho de que la persona a la que cuidaba tomaba muchos medicamentos (**B3**). Este hallazgo es consistente con el resto de estudios: 43% en el estudio de Australia (162), 52.6% en el de Reino Unido (133) y 55% en el de Singapur (163). Coincide con los resultados de la versión para pacientes: aproximadamente uno de cada dos cuidadores considera que la persona a la que cuida toma muchos medicamentos.

En cuanto al análisis del **factor Idoneidad**, los sujetos mostraron un grado de acuerdo bajo con los ítems que lo componen, lo que indica una alta percepción de idoneidad de la medicación de las personas a las que cuidan. Esta percepción de idoneidad fue, en general, superior a la hallada en la muestra para pacientes.

El 16.6% de los cuidadores afirmaron que la persona a la que cuidaban ya no necesitaba uno o más de sus medicamentos (**A1**), un 28.8% afirmó que le gustaría el médico probara a quitarle un medicamento para ver cómo se sentía sin él (**A2**) y un 23.3% indicó que uno o más de los medicamentos que tomaba la persona a la que cuidaba podría no estar haciéndole efecto (**A4**). Al igual que ocurre con la muestra para pacientes, si comparamos estos resultados con otros estudios no se observa un patrón definido acerca de las respuestas a los ítems de este factor (133,162,163).

Por último, en el análisis del **factor Preocupación sobre el cese**, se hallaron grados de acuerdo bajos para los diferentes ítems, como ocurrió en los estudios desarrollados en Australia (162), Reino Unido (133) y Singapur (163). Esto indica que, en general, los cuidadores perciben una escasa preocupación sobre un posible cese de los medicamentos de las personas a las que cuidan. El ítem **C4** (*“Si aceptara que la persona a la que cuido dejara uno de sus medicamentos, sentiría como si nos estuviéramos rindiendo”*) mantuvo un nivel de acuerdo bajo —del 22.4%—. En el estudio de Australia fue del 4%, en el de Reino Unido del 21% (133) y en el de Singapur del 20% (163). Estos resultados muestran que los cuidadores tampoco percibirían un intento de deprescripción como un abandono de la atención por parte de los profesionales sanitarios.

6.3 | Uso futuro en investigación y en la práctica clínica

6.3.1 | Aspectos prácticos en el empleo del cuestionario

En la validación de la versión española del cuestionario rPATD se empleó el español hablado en España. El español es el tercer idioma más hablado en el mundo y más de 489 millones de personas lo tienen como lengua materna (236). Esta versión permite el empleo en el ámbito clínico o en investigaciones sobre personas hispanohablantes, así como la comparación entre grupos poblacionales. No obstante, **el español varía en cada región y país** y las características culturales y de los sistemas sanitarios son diferentes. Un reto futuro es analizar las peculiaridades psicométricas del cuestionario en dichas regiones.

El formato del cuestionario rPATD hace posible su administración en papel y de forma online, tanto de manera presencial como a distancia. Esto le permite integrarse en las distintas estrategias desarrolladas para manejar la polimedición y promover la deprescripción de medicamentos: intervención en consulta a demanda de Atención Primaria o en residencias, entrevistas

estructuradas o intervenciones mínimas, como las desarrolladas en los últimos años mediante carta (237).

Existen diversos cuestionarios que analizan el conocimiento, actitudes y relación de los pacientes hacia su medicación (148,238–240) y su percepción acerca de un proceso de deprescripción (153,157). Los primeros se enfocan en el análisis de las creencias de los pacientes sobre su medicación, de la adherencia a la misma y la *medicine-related burden* —carga atribuida a la medicación—. Los segundos indican principalmente en la motivación para la deprescripción y la relación con el proveedor de medicamentos. El cuestionario rPATD engloba en un único cuestionario aspectos relacionados con el conocimiento de los medicamentos y la implicación del paciente y cuidador en la toma de medicación (factor *Implicación*), aspectos negativos relacionados con la medicación como los inconvenientes que genera la toma de medicamentos o el coste (factor *Carga*), la creencia en la necesidad de los medicamentos y posibles efectos secundarios (factor *Idoneidad*) y la posibilidad de una retirada de medicamentos y los sentimientos que esto generaría en el paciente y cuidador (factor *Preocupación sobre el cese*). Las dos preguntas globales completan el cuestionario con cuestiones de relevancia clínica: la satisfacción con la medicación y la posibilidad de dejar de tomar uno o más fármacos habituales.

6.3.2 | Uso en investigación

Involucrar a pacientes, familia y cuidadores y centrarse en las perspectivas de los mismos se ha identificado como una prioridad en la **investigación relacionada con la deprescripción** (171). El cuestionario rPATD, en su versión original o en sus diferentes adaptaciones, ha sido empleado para analizar actitudes y creencias de pacientes y cuidadores hacia la deprescripción de fármacos en múltiples entornos (85,133–135,161–163,165,166,226).

Un aspecto fundamental del cuestionario rPATD es la existencia de una **versión para cuidadores**. En general, existe escasa evidencia sobre deprescripción en pacientes frágiles y que necesitan cuidados. Esto es relevante porque este subgrupo de población es, si cabe, más susceptible a presentar efectos adversos relacionados con la medicación. Los estudios sobre este subconjunto de la población sugieren que la deprescripción podría ser un proceso seguro y factible y podría conllevar importantes beneficios (241). Sin embargo, no se suele poner el foco en la perspectiva de estos pacientes —o de sus cuidadores— hacia este proceso. La participación del cuidador es un elemento importante a la hora de manejar los fármacos y, en muchos casos, determina el éxito de

la deprescripción. La modalidad para cuidadores de la versión española del cuestionario rPATD servirá de herramienta para analizar este importante aspecto relacionado con la deprescripción.

Otra importante línea de investigación es aquella que analiza las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción de **fármacos o grupos farmacológicos concretos**. Con este fin se ha empleado recientemente la versión en holandés del cuestionario rPATD sobre pacientes que tomaban alfa-bloqueantes para el tratamiento de síntomas del tracto urinario inferior (164). Los autores de este estudio ponen de relevancia la necesidad de una versión específica del cuestionario rPATD orientada a grupos farmacológicos concretos, lo que puede constituir una línea de investigación acerca del cuestionario rPATD en el futuro.

La primera versión en español, validada por nuestro grupo de investigación, fue empleada por Serrano-Giménez *et al.* con el fin de analizar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción de fármacos no antirretrovirales en pacientes diagnosticados de VIH en Sevilla (España) (242).

6.3.3 | Uso en la práctica clínica

Identificar aquellos pacientes y/o cuidadores con una **predisposición favorable** a la deprescripción puede ser útil para consensuar un proceso de retirada de fármacos. Además, poder obtener una puntuación por cada uno de los cuatro factores proporciona información sobre los diferentes aspectos de la deprescripción y puede servir de guía al clínico sobre las necesidades de los pacientes y/o de los cuidadores en este proceso.

La forma en la que los clínicos se comunican con pacientes y cuidadores y los aspectos que tratan a la hora de conversar sobre deprescripción puede afectar hasta qué punto estos la comprenden y participan de ella. Algunos estudios sugieren que el principal factor en el que se deben centrar los clínicos a la hora de abordar la deprescripción es el **riesgo que tiene el paciente de padecer efectos secundarios**, por encima de otros factores como los posibles beneficios de la medicación o el esfuerzo (carga) que implica tomarla (127,243). La versión española del cuestionario rPATD permitirá profundizar más y adaptar estas recomendaciones a pacientes concretos, lo que hará posible que el clínico pueda enfatizar sobre los aspectos que los pacientes consideren más relevantes.

Por otro lado, poder discriminar entre individuos sobre los que la deprescripción sea más o menos aceptada puede ser de ayuda a la hora de diseñar y ejecutar **campañas de divulgación-concienciación** dirigidas tanto a pacientes y cuidadores como a profesionales. La puesta en marcha

de este tipo de campañas se ha identificado como una iniciativa necesaria por los clínicos y cuenta con respaldo institucional en muchos casos (244,245). Como ejemplo, la *Estrategia nacional para la mejora de una terapia médica segura y apropiada en personas mayores en Canadá* se marcó como objetivos disminuir la prescripción de medicamentos inapropiados en un 50% en un plazo de 3 a 5 años e invertir en promoción de la salud garantizando el acceso a tratamientos más seguros. En sus fases iniciales incluyeron el desarrollo e implementación de cuestionarios para evaluar el conocimiento y la concienciación sobre la deprescripción entre pacientes y población general (246).

Paralelamente a estas campañas se han desarrollado diversas iniciativas formadas por clínicos, investigadores, pacientes y legisladores que, además de concienciar y divulgar, ofrecen herramientas y recursos que pueden facilitar el cambio de actitud en pacientes y cuidadores en torno a la deprescripción. La *Canadian Deprescribing Network* (247), la *Australian Deprescribing Network* (248) o la *US Deprescribing Research Network* (249) son ejemplos de dichas redes de trabajo. Aunque en nuestro entorno no se han establecido formalmente redes similares, organismos como el *Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos —CADIME—* (250) o el *Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud —Laboratorio del Polimedicado—* (251) ponen a disposición de clínicos y pacientes herramientas entorno a la polimedicación y la de prescripción.

Por último, cabe destacar que el empleo de este cuestionario tiene utilidad no sólo en valorar actitudes y creencias hacia la deprescripción, sino que el propio uso del cuestionario puede servir **como pretexto para valorar lo que el paciente entiende** sobre este concepto y sobre los límites de la medicación. Esto puede facilitar el inicio de una conversación sobre la deprescripción de medicamentos. Así lo pone en práctica la estrategia *FRAME* para iniciar conversaciones sobre deprescripción (252) y diversos estudios llevados a cabo sobre el tema (253,254).

6.3.4 | Retos futuros

De forma similar al cuestionario original, el rPATD investiga acerca de las creencias y actitudes hacia la deprescripción. Sin embargo, **no es posible saber si este instrumento podrá predecir si un paciente querrá que se le deprescriba un medicamento** en la vida real. Aunque los estudios cualitativos han señalado en esta dirección (109,255), las herramientas analizadas hasta ahora — como el cuestionario PATD o el cuestionario BMQ— han demostrado tener un valor predictivo bajo para una deprescripción exitosa (256). Una línea de investigación futura es el análisis de los resultados del cuestionario en pacientes o cuidadores a los que se les ha propuesto un proceso de

deprescripción y comparar resultados entre aquellos en los que la deprescripción ha resultado exitosa y entre los que no. De esta forma será posible evaluar la validez predictiva del mismo y los factores asociados al éxito de la deprescripción.

La versión española del cuestionario rPATD, administrada sola o integrada dentro de otras intervenciones más complejas —por ejemplo, en intervenciones multifactoriales como el ensayo BENZORED, en España (257); el estudio EMPOWER, en Estados Unidos (258); o el estudio D-PRESCRIBE, en Canadá (259)— podrá suponer una mejora en la adecuación, la adherencia y la conciliación de la medicación del paciente polimedicado.

7 | CONCLUSIONES

1. El cuestionario rPATD fue adecuadamente traducido y retrotraducido y sometido a un proceso de **adaptación transcultural**.
2. La versión española del cuestionario rPATD demostró una adecuada **factibilidad**, tanto en su versión para cuidadores como para pacientes, medida a través de un proceso de validación cualitativa.
3. La versión española del cuestionario rPATD mostró una correcta **validez aparente**, tanto en su versión para cuidadores como para pacientes.
4. La versión española del cuestionario rPATD demostró tener una adecuada **validez de constructo**. Se halló la misma estructura factorial (factores *Implicación*, *Carga*, *Idoneidad* y *Preocupación sobre el cese*) que la descrita en el cuestionario rPATD original. El modelo mostró un ajuste aceptable-bueno para la versión para pacientes (RMSEA = 0.031, IC 90% 0.000 – 0.07) y para la versión para cuidadores (RMSEA = 0.031, IC 90% 0.000 – 0.075).
5. La versión española del cuestionario rPATD presentó una adecuada **validez de criterio**. En general, los factores *Carga*, *Idoneidad* y *Preocupación sobre el cese* se correlacionaron con la subescala de *preocupación* de la versión española del cuestionario BMQ. Además, el factor *Carga* se correlacionó con los factores *Idoneidad* —de forma inversa—, y *Preocupación sobre el cese* —de forma directa—, de forma acorde con la hipótesis planteada por el equipo investigador.
6. La versión española del cuestionario rPATD presentó una adecuada **consistencia interna**, con valores de alfa de Cronbach que variaron de 0.709 a 0.804 en la versión para pacientes y de 0.683 a 0.879 en la versión para cuidadores.
7. La versión española del cuestionario rPATD demostró tener una adecuada estabilidad en términos de **fiabilidad test-retest**. El análisis de los ítems mostró un grado de acuerdo que fue de moderado (>0.4) a muy bueno (>0.8) para ambas versiones del cuestionario.
8. Los pacientes y cuidadores que participaron en el estudio declararon un **nivel alto de satisfacción** con los medicamentos que tomaban. Sin embargo, mostraron una **buena predisposición a dejar de tomar uno o más de sus medicamentos** habituales si su médico les dijera que es posible.
9. Los pacientes y cuidadores declararon altos niveles de **implicación** en cuanto al conocimiento y manejo de sus fármacos. Una gran mayoría manifestó su interés en participar en la toma de decisiones sobre sus medicamentos.

10. La percepción de **carga** motivada por el gasto en medicamentos se situó en el 38.6% y 30% para pacientes y cuidadores, respectivamente. Aproximadamente uno de cada dos pacientes y cuidadores declararon estar tomando muchos medicamentos.

11. En general, los pacientes y cuidadores mostraron una percepción de **idoneidad** adecuada en relación a los medicamentos que estaban tomando.

12. Los sujetos estudiados declararon una moderada-baja **preocupación sobre un posible cese** de sus medicamentos.

13. La versión española del cuestionario rPATD puede ser utilizada en el ámbito de la **investigación** en deprescripción en pacientes hispanohablantes. Empleada en la **práctica clínica** puede ayudar a identificar aquellos pacientes y/o cuidadores con una predisposición favorable a la deprescripción tanto de medicamentos en general como de grupos farmacológicos concretos.

14. Los **desafíos futuros** consisten en analizar el valor predictivo de la versión española del cuestionario rPATD para la deprescripción, así como el comportamiento del cuestionario aplicado a individuos hispanohablantes de regiones diferentes a las del presente estudio.

8 | BIBLIOGRAFÍA

1. Guillot J, Maumus-Robert S, Bezin J. Polypharmacy: A general review of definitions, descriptions and determinants. *Therapie*. 2019;75(5):407-16.
2. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):230.
3. Moen J, Antonov K, Larsson CA, Lindblad U, Nilsson JLG, Råstam L, et al. Factors associated with multiple medication use in different age groups. *Ann Pharmacother*. 2009;43(12):1978-85.
4. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. 1ª ed. Cáceres: Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud; 2011.
5. Moriarty F, Hardy C, Bennett K, Smith SM, Fahey T. Trends and interaction of polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in primary care over 15 years in Ireland: A repeated cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(9):e008656.
6. Franchi C, Tettamanti M, Pasina L, Djignefa CD, Fortino I, Bortolotti A, et al. Changes in drug prescribing to Italian community-dwelling elderly people: The EPIFARM-Elderly Project 2000-2010. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(4):437-43.
7. Oktorá MP, Denig P, Bos JHJ, Schuiling-Veninga CCM, Hak E. Trends in polypharmacy and dispensed drugs among adults in the Netherlands as compared to the United States. *PLoS One*. 2019;14(3):e0214240.
8. Wastesson JW, Morin L, Tan ECK, Johnell K. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: A narrative review. *Expert Opin Drug Saf*. 2018;17(12):1185-96.
9. Chiapella LC, Menna JM, Mamprin ME. Assessment of polypharmacy in elderly patients by using data from dispensed medications in community pharmacies: Analysis of results by using different methods of estimation. *Int J Clin Pharm*. 2018;40(5):987-90.
10. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Rivera-Almaraz A, Ávila-Funes JA. Polypharmacy is associated with multiple health-related outcomes in Mexican community-dwelling older adults. *Salud Publica Mex*. 2020;62(3):246-54.
11. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polypharmacy among the elderly: A population-based study. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(2):335-44.
12. Gomes MS, Amorim WW, Moraes RS, Gama RS, Graia LT, Queiroga HM, et al. Polypharmacy in older patients at primary care units in Brazil. *Int J Clin Pharm*. 2019;41(2):516-24.
13. Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the Primary Care setting: A systematic review. *PLoS One*. 2012;7(8):e43617.
14. Molina López T, Caraballo Camacho MO, Palma Morgado D, López Rubio S, Domínguez Camacho JC, Morales Serna JC. Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. *Aten Primaria*. 2012;44(4):216-22.
15. Arrizabalaga Aldalur I, García Martínez B, Benabdellah Abouhammadi S, García Tirado MC, Pardo Cabello A, Parra Rosado P. Ancianos con prescripción inapropiada; ¿Deprescribimos? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(2):102-3.

16. Hernández-Rodríguez MA, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V, et al. Evolution of polypharmacy in a spanish population (2005-2015): A database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2020;29(4):433-43.
17. Terol-Fernández J, Faus-Felipe V, Díez-Rodríguez M, Del Rio-Urenda S, Labajos-Manzanares MT, González-Correa JA. Prevalencia de prescripción inapropiada en polimedicados mayores de 65 años en un área de salud rural. *Rev Calid Asist.* 2016;31(2):84-98.
18. Cruz-Esteve I, Marsal-Mora JR, Galindo-Ortego G, Galván-Santiago L, Serrano-Godoy M, Ribes-Murillo E, et al. Análisis poblacional de la prescripción potencialmente inadecuada en ancianos según criterios STOPP/START (estudio STARTREC). *Aten Primaria.* 2017;49(3):166-76.
19. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A. Polimedicación en personas mayores. *Actual med fam.* 2012;8(8):426-33.
20. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud España 2017. Principales resultados. Nota técnica [Internet]. 2017 [citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
21. Howard M, Dolovich L, Kaczorowski J, Sellors C, Sellors J. Prescribing of potentially inappropriate medications to elderly people. *Fam Pract.* 2004;21(3):244-7.
22. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA, Tountas Y, Niakas D. Prescribed-drug utilization and polypharmacy in a general population in Greece: Association with sociodemographic, health needs, health-services utilization, and lifestyle factors. *Eur J Clin Pharmacol.* 2011;67(2):185-92.
23. Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, Myint PK. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Ther Adv Drug Saf.* 2020;11:204209862093374.
24. Nwadiugwu MC. Frailty and the risk of polypharmacy in the older person: Enabling and preventative approaches. *J Aging Res.* 2020;2020:6759521.
25. Rieckert A, Trampisch US, Klaußen-Mielke R, Drewelow E, Esmail A, Johansson T, et al. Polypharmacy in older patients with chronic diseases: A cross-sectional analysis of factors associated with excessive polypharmacy. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):113.
26. Haider SI, Johnell K, Weitoft GR, Thorslund M, Fastbom J. The influence of educational level on polypharmacy and inappropriate drug use: A register-based study of more than 600,000 older people. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(1):62-9.
27. Mintzes B, Swandari S, Fabbri A, Grundy Q, Moynihan R, Bero L. Does industry-sponsored education foster overdiagnosis and overtreatment of depression, osteoporosis and overactive bladder syndrome? An Australian cohort study. *BMJ Open.* 2018;8(2):19027.
28. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging.* 2014;31(4):283-9.
29. Rochon PA, Gurwitz JH. The prescribing cascade revisited. *Lancet.* 2017;389(10081):1778-80.
30. Novaes PH, da Cruz DT, Lucchetti ALG, Leite ICG, Lucchetti G. The “iatrogenic triad”:

- Polypharmacy, drug–drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults. *Int J Clin Pharm*. 2017;39(4):818-25.
31. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. APEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. 2008 [citado 7 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
 32. Eriksen CU, Kyriakidis S, Christensen LD, Jacobsen R, Laursen J, Christensen MB, et al. Medication-related experiences of patients with polypharmacy: A systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*. 2020;10(9):e036158.
 33. Montiel-Luque A, Núñez-Montenegro AJ, Martín-Aurioles E, Canca-Sánchez JC, Toro-Toro MC, González-Correa JA. Medication-related factors associated with health-related quality of life in patients older than 65 years with polypharmacy. *PLoS One*. 2017;12(2):e0171320.
 34. Thorell K, Midlöv P, Fastbom J, Halling A. Importance of potentially inappropriate medications, number of chronic conditions and medications for the risk of hospitalisation in elderly in Sweden: A case-control study. *BMJ Open*. 2019;9(9):e029477.
 35. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*. 2009;26(12):1039-48.
 36. Gómez C, Vega-Quiroga S, Bermejo-Pareja F, Medrano MJ, Louis ED, Benito-León J. Polypharmacy in the elderly: A marker of increased risk of mortality in a population-based prospective study (NEDICES). *Gerontology*. 2015;61(4):301-9.
 37. Leelakanok N, Holcombe AL, Lund BC, Gu X, Schweizer ML. Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc*. 2017;57(6):729-738.e10.
 38. Wimmer BC, Bell JS, Fastbom J, Wiese MD, Johnell K. Medication regimen complexity and polypharmacy as factors associated with all-cause mortality in older people: A population-based cohort study. *Ann Pharmacother*. 2016;50(2):89-95.
 39. Martín-Pérez M, Ruigómez A, Pastor-Barriuso R, García López FJ, Villaverde-Hueso A, Damián J. Number of medications and mortality among residents in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(5):643-5.
 40. Schlesinger A, Weiss A, Nenaydenko O, Adunsky A, Beloosesky Y. Does polypharmacy in nursing homes affect long-term mortality? *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(7):1432-8.
 41. Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación. Ministerio de Sanidad. Principales resultados Estadística de Gasto Sanitario Público 2019 [Internet]. 2019 [citado 9 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
 42. Sotoca Momblona JM, Canivell Fusté S, Alemany Vilches L, Sisó Almirall A, Codina Jané C, Ribas Sala J. Problemas relacionados con la medicación que causan ingresos hospitalarios. *Aten Primaria*. 2009;41(3):141-6.
 43. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Jiménez de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimedicados: ¿Es la deprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(4):162-7.

44. Sketris I, Ingram EL, Heather L. Optimal prescribing and medication use in Canada: Challenges and opportunities [Internet]. 2007 [citado 22 de enero de 2021]. Disponible en: https://publications.gc.ca/collections/collection_2007/hcc-ccs/H174-6-2007E.pdf
45. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
46. Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria: Atención a personas polimedicadas [Internet]. 2017 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/210-otros-servicios/2104-atencion-personas-polimedicadas>
47. Comunidad de Madrid. Programa de Atención al Mayor Polimedicado [Internet]. 2006 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/farm/mayor_polimedicado.pdf
48. Reboredo-García S, González-Criado Mateo C, Casal-Llorente C. Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. Aten Primaria. 2014;46(S3):33-40.
49. Comisión Asesora en Farmacoterapia de Castilla y León. Programa del paciente polimedicado [Internet]. 2019 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/estrategias-programas/programa-paciente-polimedicado>
50. Campins L, Serra-Prat M, Gózaló I, López D, Palomera E, Agustí C, et al. Randomized controlled trial of an intervention to improve drug appropriateness in community-dwelling polymedicated elderly people. Fam Pract. 2017;34(1):36-42.
51. Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly. Drugs Aging. 2009;26(12):1013-28.
52. Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: A Cochrane systematic review. BMJ Open. 2015;5(12):e009235.
53. Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(10):CD008165.
54. Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev. 2018;9(9):CD008165.
55. Blum MR, Sallevelt BTGM, Spinewine A, O'Mahony D, Moutzouri E, Feller M, et al. Optimizing therapy to prevent avoidable hospital admissions in multimorbid older adults (OPERAM): Cluster randomised controlled trial. BMJ. 2021;374:1585.
56. Woodward MC. Deprescribing: Achieving better health outcomes for older people through

- reducing medications. *J Pharm Pract Res.* 2003;33(4):323-8.
57. Hardy JE, Hilmer SN. Deprescribing in the last year of life. *J Pharm Pract Res.* 2011;41(2):146-51.
 58. Manias E. Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people: A qualitative observation and interview study. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(10):1243-54.
 59. Lindsay J, Dooley M, Martin J, Fay M, Kearney A, Barras M. Reducing potentially inappropriate medications in palliative cancer patients: Evidence to support deprescribing approaches. *Support Care Cancer.* 2014;22(4):1113-9.
 60. Gavilán Moral E, Jiménez De Gracia L, Villafaina Barroso A. Deprescripción de medicamentos en ancianos: Paradojas y contradicciones. *FMC.* 2013;20(1):22-6.
 61. Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of “deprescribing” with network analysis: Implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol.* 2015;80(6):1254-68.
 62. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Polimedicación e inadecuación farmacológica: ¿Dos caras de la misma moneda? *Pharm Care Esp.* 2011;13(1):23-9.
 63. Griesse-Mammen N, Hersberger KE, Messerli M, Leikola S, Horvat N, van Mil JWF, et al. PCNE definition of medication review: Reaching agreement. *Int J Clin Pharm.* 2018;40(5):1199-208.
 64. Page A, Clifford R, Potter K, Etherton-Beer C. A concept analysis of deprescribing medications in older people. *J Pharm Pract Res.* 2018;48(2):132-48.
 65. Linsky A, Gellad WF, Linder JA, Friedberg MW. Advancing the science of deprescribing: A novel comprehensive conceptual framework. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(10):2018-22.
 66. Baza Bueno M, Garzón Hernández JM, Gavilán Moral E, Sánchez Montero B, Villafaina Barroso A. Deprescripción de la teoría a la práctica: Cómo deprescribir. 1ª ed. Cáceres: Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud; 2017.
 67. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med.* 1991;151(9):1825-32.
 68. Fick DM, Semla TP, Steinman M, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, et al. American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(4):674-94.
 69. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol.* 1992;45(10):1045-51.
 70. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Suliman Criado S, Aránguez Ruiz A, Sánchez-Robles G. Adaptation and preliminary validation of the Medication Appropriateness Index (MAI). Assessment of its applicability in the Spanish context. *Atenc Farm.* 2013;15(2):78-84.
 71. Hamdy RC, Moore SW, Whalen Aa K, Donnelly JP, Compton R, Testerman F, et al. Reducing polypharmacy in extended care. *South Med J.* 1995;88(5):534-8.
 72. Naugler CT, Brymer C, Stolee P, Arcese ZA. Development and validation of an improving prescribing in the elderly tool. *Can J Clin Pharmacol.* 2000;7(2):103-7.

73. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2008;46(2):72-83.
74. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: A systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 2014;4(12):6544.
75. Meeks TW, Culbertson JW, Horton MS. Medications in long-term care: When less is more. *Clin Geriatr Med*. 2011;27(2):171-91.
76. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. Minimizing inappropriate medications in older populations: A 10-step conceptual framework. *Am J Med*. 2012;125(6):529-537.e4.
77. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;78(4):738-47.
78. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Couteur D Le, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: The process of deprescribing. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):827-34.
79. Potter K, Flicker L, Page A, Etherton-Beer C. Deprescribing in frail older people: A randomised controlled trial. *PLoS One*. 2016;11(3):e0149984.
80. Todd A, Jansen J, Colvin J, McLachlan AJ. The deprescribing rainbow: A conceptual framework highlighting the importance of patient context when stopping medication in older people. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):295.
81. Reeve E. Deprescribing tools: A review of the types of tools available to aid deprescribing in clinical practice. *J Pharm Pract Res*. 2020;50(1):98-107.
82. Gnjjidic D, Reeve E. Deprescribing: What do we know, and where to next? *Br J Clin Pharmacol*. 2020;87(3):722-4.
83. Chia HS, Bek ESJ. Deprescribing in Primary Care in Singapore: Barriers and facilitators. *Consult Pharm*. 2018;33(11):637-48.
84. Djatche L, Lee S, Singer D, Hegarty SE, Lombardi M, Maio V. How confident are physicians in deprescribing for the elderly and what barriers prevent deprescribing? *J Clin Pharm Ther*. 2018;43(4):550-5.
85. Reeve E, Wolff JL, Skehan M, Bayliss EA, Hilmer SN, Boyd CM. Assessment of attitudes toward deprescribing in older Medicare beneficiaries in the United States. *JAMA Intern Med*. 2018;178(12):1673-80.
86. Paque K, Vander Stichele R, Elseviers M, Pardon K, Dilles T, Deliens L, et al. Barriers and enablers to deprescribing in people with a life-limiting disease: A systematic review. *Palliat Med*. 2019;33(1):37-48.
87. Ikeji C, Williams A, Hennawi G, Brandt NJ. Patient and provider perspectives on deprescribing Proton Pump Inhibitors. *J Gerontol Nurs*. 2019;45(10):9-17.
88. Zechmann S, Trueb C, Valeri F, Streit S, Senn O, Neuner-Jehle S. Barriers and enablers for deprescribing among older, multimorbid patients with polypharmacy: An explorative study from Switzerland. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):64.

89. Goyal P, Anderson TS, Bernacki GM, Marcum ZA, Orkaby AR, Kim D, et al. Physician perspectives on deprescribing cardiovascular medications for older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(1):78-86.
90. Cateau D, Foley RA, Niquille A. Deprescribing in nursing homes: Comparative views of residents, their relatives, and healthcare professionals. *Rev Med Suisse*. 2020;16(714):2169-71.
91. Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. General practitioners' insight into deprescribing for the multimorbid older individual: A qualitative study. *Int J Clin Pract*. 2016;70(3):261-76.
92. Palagyi A, Keay L, Harper J, Potter J, Lindley RI. Barricades and brickwalls - A qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care. *BMC Geriatr*. 2016;16(1):15.
93. Luymes CH, van der Kleij RMJJ, Poortvliet RKE, de Ruijter W, Reis R, Numans ME. Deprescribing potentially inappropriate preventive cardiovascular medication: Barriers and enablers for patients and general practitioners. *Ann Pharmacother*. 2016;50(6):446-54.
94. Alrasheed MM, Alhawassi TM, Alanazi A, Aloudah N, Khurshid F, Alsultan M. Knowledge and willingness of physicians about deprescribing among older patients: A qualitative study. *Clin Interv Aging*. 2018;13:1401-8.
95. Kuntz J, Kouch L, Christian D, Peterson PL, Gruss I. Barriers and facilitators to the deprescribing of nonbenzodiazepine sedative medications among older adults. *Perm J*. 2017;22:17-157.
96. D'Avanzo B, Agosti P, Reeve E, Pasina L, Sabbà C, Mannucci PM, et al. Views of medical practitioners about deprescribing in older adults: Findings from an Italian qualitative study. *Maturitas*. 2020;134:29-33.
97. Goyal P, Requiño T, Sicheloff B, Shen MJ, Masterson Creber R, Hilmer SN, et al. Patient-reported barriers and facilitators to deprescribing cardiovascular medications. *Drugs Aging*. 2020;37(2):125-35.
98. Elbeddini A, Prabakaran T, Almasalkhi S, Tran C, Zhou Y. Barriers to conducting deprescribing in the elderly population amid the COVID-19 pandemic. *Res Soc Adm Pharm*. 2021;17(1):1942-5.
99. Sun W, Tahsin F, Barakat-Haddad C, Turner JP, Haughian CR, Abbass-Dick J. Exploration of home care nurse's experiences in deprescribing of medications: A qualitative descriptive study. *BMJ Open*. 2019;9(5):e025606.
100. Baza Bueno M, Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A. Deprescripción de la teoría a la práctica: Por qué deprescribir. 1ª ed. Cáceres: Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud; 2017.
101. Molina Pérez de los Cobos E, De Juan Roldán JI, Gavilán Moral E. Desprescrição de medicamentos na atenção primária à saúde. En: *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. 2ª ed. São Paulo: Artmed Editora Ltda; 2012. p. 919-29.
102. Bolmsjö BB, Palagyi A, Keay L, Potter J, Lindley RI. Factors influencing deprescribing for residents in Advanced Care Facilities: Insights from General Practitioners in Australia and

- Sweden. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):1-11.
103. Sawan M, Reeve E, Turner J, Todd A, Steinman MA, Petrovic M, et al. A systems approach to identifying the challenges of implementing deprescribing in older adults across different health-care settings and countries: A narrative review. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020;13(3):233-45.
 104. Escamilla Fresnadillo JA, Castañer Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno M, Sáenz Moya N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2008;40(2):81-5.
 105. Rashidian A, Omidvari AH, Vali Y, Sturm H, Oxman AD. Pharmaceutical policies: Effects of financial incentives for prescribers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(8):CD006731.
 106. Bajcar JM, Wang L, Moineddin R, Nie JX, Tracy CS, Upshur REG. From pharmaco-therapy to pharmaco-prevention: Trends in prescribing to older adults in Ontario, Canada, 1997-2006. *BMC Fam Pract*. 2010;11(1):75.
 107. Hunt LM, Kreiner M, Brody H. The changing face of chronic illness management in primary care: A qualitative study of underlying influences and unintended outcomes. *Ann Fam Med*. 2012;10(5):452-60.
 108. Voigt K, Gottschall M, Köberlein-Neu J, Schübel J, Quint N, Bergmann A. Why do family doctors prescribe potentially inappropriate medication to elderly patients? *BMC Fam Pract*. 2016;17:93.
 109. Linsky A, Simon SR, Bokhour B. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. *Patient Educ Couns*. 2015;98(2):220-5.
 110. Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. Challenges and enablers of deprescribing: A general practitioner perspective. *PLoS One*. 2016;11(4):e0151066.
 111. Bokhof B, Junius-Walker U. Reducing polypharmacy from the perspectives of General Practitioners and older patients: A synthesis of qualitative studies. *Drugs Aging*. 2016;33(4):249-66.
 112. Disalvo D, Luckett T, Bennett A, Davidson PM, Agar M. Multidisciplinary perspectives on medication-related decision-making for people with advanced dementia living in long-term care: A critical incident analysis. *Eur J Clin Pharmacol*. 2020;76(4):567-78.
 113. Gerlach N, Michiels-Corsten M, Viniol A, Schlee T, Junius-Walker U, Krause O, et al. Professional roles of general practitioners, community pharmacists and specialist providers in collaborative medication deprescribing - A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):183.
 114. Winata S, Liacos M, Crabtree A, Page A, Moran C. Electronic medication management system introduction and deprescribing practice in post-acute care. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(1):90-5.
 115. McDonald EG, Wu PE, Rashidi B, Forster AJ, Huang A, Pilote L, et al. The MedSafer study: A controlled trial of an electronic decision support tool for deprescribing in acute care. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(9):1843-50.
 116. Linsky A, Simon SR, Stolzmann K, Bokhour BG, Meterko M. Prescribers' perceptions of medication discontinuation: Survey instrument development and validation. *Am J Manag*

- Care. 2016;22(11):747-54.
117. Olry De Labry Lima A, Marcos Marcos J, Marquina Marquez A, González Vera MDLÁ, Matas Hoces A, Bermúdez Tamayo C. Evidence for deprescription in primary care through an umbrella review. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):100.
 118. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: A systematic review. *JAMA Intern Med.* 2015;175(2):274-86.
 119. Doherty AJ, Boland P, Reed J, Clegg AJ, Stephani AM, Williams NH, et al. Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: A systematic review. *BJGP Open.* 2020;4(3):bjgpopen20X101096.
 120. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: A qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2007;22(3):303-7.
 121. Reeve E, Denig P, Hilmer SN, ter Meulen R. The ethics of deprescribing in older adults. *J Bioeth Inq.* 2016;13(4):581-90.
 122. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: A systematic review. *Drugs Aging.* 2013;30(10):793-807.
 123. Reeve E, Bell J, Hilmer S. Barriers to optimising prescribing and deprescribing in older adults with dementia: A narrative review. *Curr Clin Pharmacol.* 2015;10(3):168-77.
 124. Jungo KT, Mantelli S, Rozsnyai Z, Missiou A, Kitanovska BG, Weltermann B, et al. General practitioners' deprescribing decisions in older adults with polypharmacy: A case vignette study in 31 countries. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):19.
 125. Uhl MC, Muth C, Gerlach FM, Schoch GG, Müller BS. Patient-perceived barriers and facilitators to the implementation of a medication review in primary care: a qualitative thematic analysis. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):3.
 126. Linsky A, Meterko M, Stolzmann K, Simon SR. Supporting medication discontinuation: Provider preferences for interventions to facilitate deprescribing. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):447.
 127. Green AR, Aschmann H, Boyd CM, Schoenborn N. Assessment of patient-preferred language to achieve goal-aligned deprescribing in older adults. *JAMA Netw Open.* 2021;4(4):e212633.
 128. Thompson W, Jacobsen IT, Jarbøl DE, Haastrup P, Nielsen JB, Lundby C. Nursing home residents' thoughts on discussing deprescribing of preventive medications. *Drugs Aging.* 2020;37(3):187-92.
 129. Reeve E, Moriarty F, Nahas R, Turner JP, Kouladjian O'Donnell L, Hilmer SN. A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms. *Expert Opin Drug Saf.* 2018;17(1):39-49.
 130. Pickering AN, Hamm ME, Dawdani A, Hanlon JT, Thorpe CT, Gellad WF, et al. Older patient and caregiver perspectives on medication value and deprescribing: A qualitative study. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(4):746-53.
 131. Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? *Soc Sci Med.* 1992;34(5):507-13.
 132. Fried TR, McGraw S, Agostini J V., Tinetti ME. Views of older persons with multiple

- morbidities on competing outcomes and clinical decision-making. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(10):1839-44.
133. Scott S, Clark A, Farrow C, May H, Patel M, Twigg MJ, et al. Attitudinal predictors of older peoples' and caregivers' desire to deprescribe in hospital. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):108.
 134. Achterhof AB, Rozsnyai Z, Reeve E, Jungo KT, Floriani C, Poortvliet RKE, et al. Potentially inappropriate medication and attitudes of older adults towards deprescribing. *PLoS One*. 2020;15(10):e0240463.
 135. Rozsnyai Z, Jungo KT, Reeve E, Poortvliet RKE, Rodondi N, Gussekloo J, et al. What do older adults with multimorbidity and polypharmacy think about deprescribing? The LESS study - a primary care-based survey. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):435.
 136. Fajardo MA, Weir KR, Bonner C, Gnjdjic D, Jansen J. Availability and readability of patient education materials for deprescribing: An environmental scan. *Br J Clin Pharmacol*. 2019;85(7):1396-406.
 137. Herrera PA, Moncada L, Defey D. Understanding non-adherence from the inside: Hypertensive patients' motivations for adhering and not adhering. *Qual Health Res*. 2017;27(7):1023-34.
 138. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to deprescribe. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(9):1508-14.
 139. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, et al. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(1):93-8.
 140. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. *Arch Intern Med*. 2010;170(18):1648-54.
 141. Van Duijn HJ, Belo JN, Blom JW, Velberg ID, Assendelft WJJ. Revised guidelines for cardiovascular risk management - time to stop medication? A practice-based intervention study. *Br J Gen Pract*. 2011;61(587):e347-52.
 142. Scott IA, Anderson K, Freeman CR, Stowasser DA. First do no harm: A real need to deprescribe in older patients. *Med J Aust*. 2014;201(7):390-2.
 143. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA. Deciding when to stop: Towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. *Evid Based Med*. 2013;18(4):121-4.
 144. Gnjdjic D, Le Couteur DG, Kouladjian L, Hilmer SN. Deprescribing trials: Methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):237-53.
 145. Alldred DP. Deprescribing: A brave new word? *Int J Pharm Pract*. 2014;22(1):2-3.
 146. Reeve E, Wiese MD. Benefits of deprescribing on patients' adherence to medications. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(1):26-9.
 147. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Development and validation of the patients' attitudes towards deprescribing (PATD) questionnaire. *Int J Clin Pharm*.

- 2013;35(1):51-6.
148. Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Heal*. 1999;14(1):1-24.
 149. Qi K, Reeve E, Hilmer SN, Pearson SA, Matthews S, Gnjdic D. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(5):949-57.
 150. Galazzi A, Lusignani M, Chiarelli MT, Mannucci PM, Franchi C, Tettamanti M, et al. Attitudes towards polypharmacy and medication withdrawal among older inpatients in Italy. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(2):454-61.
 151. Schiøtz ML, Frølich A, Jensen AK, Reuther L, Perrild H, Petersen TS, et al. Polypharmacy and medication deprescribing: A survey among multimorbid older adults in Denmark. *Pharmacol Res Perspect*. 2018;6(6):e00431.
 152. Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, Fukuhara S. Factors associated with patient preferences towards deprescribing: A survey of adult patients on prescribed medications. *Int J Clin Pharm*. 2019;41(2):531-7.
 153. Linsky A, Simon SR, Stolzmann K, Meterko M. Patient Perceptions of Deprescribing: Survey development and psychometric assessment. *Med Care*. 2017;55(3):306-13.
 154. Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, et al. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev*. 2002;59(3):293-318.
 155. Elwyn G, Barr PJ, Grande SW, Thompson R, Walsh T, Ozanne EM. Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Educ Couns*. 2013;93(1):102-7.
 156. Linsky A, Simon SR, Stolzmann K, Meterko M. Patient attitudes and experiences that predict medication discontinuation in the Veterans Health Administration. *J Am Pharm Assoc*. 2018;58(1):13-20.
 157. Linsky AM, Stolzmann K, Meterko M. The Patient Perceptions of Deprescribing (PPoD) survey: Short-form development. *Drugs Aging*. 2020;37(12):909-16.
 158. Bhat DB, Saraswathy GR, Sweta K. Development and validation of the Perceptions, Attitudes, and Challenges of Physicians Towards Deprescribing (PACPD-12) questionnaire. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(12):1135-6.
 159. Reeve E, Low L-F, Shakib S, Hilmer SN. Development and validation of the Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire: Versions for older adults and caregivers. *Drugs Aging*. 2016;33(12):913-28.
 160. Dugan E, Trachtenberg F, Hall MA. Development of abbreviated measures to assess patient trust in a physician, a health insurer, and the medical profession. *BMC Health Serv Res*. 2005;5:64.
 161. Martinez AI, Spencer J, Moloney M, Badour C, Reeve E, Moga DC. Attitudes toward deprescribing in a middle-aged health disparities population. *Res Soc Adm Pharm*. 2020;16(10):1502-7.

162. Reeve E, Low L-F, Hilmer SN. Attitudes of older adults and caregivers in Australia toward deprescribing. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(6):1204-10.
163. Kua C-H, Reeve E, Tan DSY, Koh T, Soong JL, Sim MJL, et al. Patients' and caregivers' attitudes toward deprescribing in Singapore. *Journals Gerontol Ser A.* 2020;glaa062.
164. Edelman M, Jellema P, Hak E, Denig P, Blanker MH. Patients' attitudes towards deprescribing alpha-blockers and their willingness to participate in a discontinuation trial. *Drugs Aging.* 2019;36(12):1133-9.
165. Kua KP, Saw PS, Lee SWH. Attitudes towards deprescribing among multi-ethnic community-dwelling older patients and caregivers in Malaysia: A cross-sectional questionnaire study. *Int J Clin Pharm.* 2019;41(3):793-803.
166. Tegegn HG, Tefera YG, Erku DA, Haile KT, Abebe TB, Chekol F, et al. Older patients' perception of deprescribing in resource-limited settings: A cross-sectional study in an Ethiopia university hospital. *BMJ Open.* 2018;8(4):e020590.
167. Nusair MB, Arabyat R, Al-Azzam S, El-Hajji FD, Nusir AT, Al-Batineh M. Translation and psychometric properties of the Arabic version of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing questionnaire. *J Pharm Heal Serv Res.* 2020;11(2):173-81.
168. Lundby C, Simonsen T, Ryg J, Søndergaard J, Pottegård A, Lauridsen HH. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of Danish version of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire: Version for older people with limited life expectancy. *Res Soc Adm Pharm.* 2021;17(8):1444-52.
169. Roux B, Sirois C, Niquille A, Spinewine A, Ouellet N, Péteín C, et al. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire in French. *Res Soc Adm Pharm.* 2021;17(8):1453-62.
170. Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B, Irwig L, et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *BMJ.* 2016;353:i2893.
171. Thompson W, Reeve E, Moriarty F, Maclure M, Turner J, Steinman MA, et al. Deprescribing: Future directions for research. *Res Soc Adm Pharm.* 2019;15(6):801-5.
172. Prados-Torres A, del Cura-González I, Prados-Torres D, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Calderón-Larrañaga A, et al. Effectiveness of an intervention for improving drug prescription in primary care patients with multimorbidity and polypharmacy: Study protocol of a cluster randomized clinical trial (Multi-PAP project). *Implement Sci.* 2017;12(1):54.
173. De Juan-Roldán JI, Gavilán-Moral E, Leiva-Fernández F, García-Ruiz AJ. Validación al castellano del cuestionario revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción. Protocolo de investigación. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2021;56(4):218-24.
174. Argimon Pallàs JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
175. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use. 5ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
176. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes

- (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal.* 2005;8(2):94-104.
177. Eccles DW, Arsal G. The think aloud method: What is it and how do I use it? *Qual Res Sport Exerc Heal.* 2017;9(4):514-31.
 178. Chan LL, Idris N. Validity and reliability of the instrument using exploratory factor analysis and Cronbach's alpha. *Int J Acad Res Bus Soc Sci.* 2017;7(10):400-10.
 179. de Winter JCF, Dodou D, Wieringa PA. Exploratory factor analysis with small sample sizes. *Multivariate Behav Res.* 2009;44(2):147-81.
 180. Bujang MA, Ghani PA, Soelar SA, Zulkifli NA. Sample size guideline for exploratory factor analysis when using small sample: Taking into considerations of different measurement scales. En: *Actas de la International Conference on Statistics in Science, Business and Engineering: "Empowering Decision Making with Statistical Sciences" (ICSSBE 2012).* Langkawi, Malasia; 2012. p. 447-51.
 181. Arrindell WA, van der Ende J. An empirical test of the utility of the observations-to-variables ratio in factor and components analysis. *Appl Psychol Meas.* 1985;9(2):165-78.
 182. Beléndez M, Hernández Mijares A, Horne R, Weinman J. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: Validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *Int J Clin Heal Psychol.* 2007;7(3):767-79.
 183. España. Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de novimebre de 2003, núm. 264; 2003.
 184. Fernández-Liz E. ¿Cómo revisar la medicación en los pacientes pluripatológicos? *Aten Primaria.* 2013;45(5):233-4.
 185. García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin.* 2009;5(4):171-7.
 186. Carvajal A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sis San Navarra.* 2011;34(1):63-72.
 187. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research.* 2ª ed. Nueva York: The Guilford Press; 2015.
 188. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling.* 4ª ed. Nueva York: The Guilford Press; 2015.
 189. Fan X, Sivo SA. Sensitivity of fit indices to model misspecification and model types. *Multivariate Behav Res.* 2007;42(3):509-29.
 190. Yu C-Y. Evaluating cutoff criteria of model fit indices for latent variable models with binary and continuous outcomes [Tesis doctoral]. Universidad de California; 2002.
 191. Hair JF, Risher JJ, Sarstedt M, Ringle CM. When to use and how to report the results of PLS-SEM. *Eur Bus Rev.* 2019;31(1):2-22.
 192. Henseler J, Ringle CM, Sarstedt M. A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *J Acad Mark Sci.* 2015;43(1):115-35.

193. Rönkkö M, Cho E. An updated guideline for assessing discriminant validity. *Organ Res Methods*. 2020;1-42.
194. Voorhees CM, Brady MK, Calantone R, Ramirez E. Discriminant validity testing in marketing: An analysis, causes for concern, and proposed remedies. *J Acad Mark Sci*. 2016;44(1):119-34.
195. Neuman WL. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. 7ª ed. Edimburgo: Pearson Education Limited; 2014.
196. Shaver P, Wrightsman L. *Measures of personality and social psychological attitudes*. Oxford: Elsevier; 1991.
197. Jakobsson U, Westergren A. Statistical methods for assessing agreement for ordinal data. *Scand J Caring Sci*. 2005;19(4):427-31.
198. Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. 8ª ed. Boston: Cengage Learning; 2015.
199. Warrens MJ. Cohen's linearly weighted kappa is a weighted average. *Adv Data Anal Classif*. 2012;6(1):67-79.
200. The R Foundation. R: The R project for statistical computing [Internet]. [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.r-project.org/>
201. Rosseel Y. Lavaan: An R package for structural equation modeling. *J Stat Softw*. 2012;48(1):1-36.
202. Jorgensen TD, Pornprasertmanit S, Schoemann AM, Rosseel Y, Miller P, Quick C, et al. semTools: Useful tools for structural equation modeling [R package semTools version 0.5-4] [Internet]. 2020 [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://cran.r-project.org/package=semTools>
203. Revelle W. psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research [R package psych version 2.0.12] [Internet]. 2020 [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://cran.r-project.org/package=psych>
204. Korkmaz S, Goksuluk D, Zararsiz G. MVN: An R package for assessing multivariate normality [R package MVN version 5.8] [Internet]. 2019 [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://cran.r-project.org/web/packages/MVN/MVN.pdf>
205. DiStefano C, Morgan GB. A comparison of diagonal Weighted Least Squares robust estimation techniques for ordinal data. *Struct Equ Model*. 2014;21(3):425-38.
206. de Juan-Roldán JI, Castillo-Jimena M, González-Hevilla A, Sánchez-Sánchez C, García-Ruiz AJ, Gavilán-Moral E. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of a Spanish version of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire. *BMJ Open*. 2022;12(4):e050678.
207. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cult Psychol*. 1970;1(3):185-216.
208. Jones PS, Lee JW, Phillips LR, Zhang XE, Jaceldo KB. An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nurs Res*. 2001;50(5):300-4.
209. Behling O, Law K. *Translating questionnaires and other research instruments. Problems and solutions*. California: SAGE Publications; 2000.

210. Organización Mundial de la Salud. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. 2021 [citado 25 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
211. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Spanish translation and cross-cultural adaptation of the ARMS-scale for measuring medication adherence in polypathological patients. *Aten Primaria*. 2017;49(8):459-64.
212. Sirera-Vercher MJ, Sáez-Zamora P, Sanz-Amaro MD. Traducción y adaptación transcultural al castellano y al valenciano del Foot Health Status Questionnaire. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2010;54(4):211-9.
213. Pilar Orive FJ, Basabe Lozano J, López Zuñiga A, López Fernández YM, Escudero Argaluz J, Latour JM. Traducción y validación al español del cuestionario EMPATHIC-30 para medir la satisfacción de los padres en cuidados intensivos. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(1):50-7.
214. Gnjdjic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: Five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(9):989-95.
215. Page AT, Falster MO, Litchfield M, Pearson SA, Etherton-Beer C. Polypharmacy among older Australians, 2006–2017: A population-based study. *Med J Aust*. 2019;211(2):71-5.
216. Singh S, Bajorek B. Defining ‘elderly’ in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharm Pract (Granada)*. 2014;12(4):489.
217. Costello AB, Osborne J. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Pract Assess Res Evaluation*. 2005;10(7):1-9.
218. Sancañuto C, Jiménez-Rodríguez D, Tébar FJ, Hernández-Morante JJ. Traducción y validación de un cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento alimentario en pacientes con Diabetes Mellitus. *Med Clin (Barc)*. 2017;148(12):548-54.
219. Karadzic J, Stojkovic M, Risimic D, Bozic M, Slijepcevic N, Polovina S, et al. Cross-cultural validation of the Retinopathy Treatment Satisfaction Questionnaire status version (RetTSQs) in Serbian community: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(1):e031236.
220. Wysznińska J, Matłosz P, Podgórska-Bednarz J, Herbert J, Przednowek K, Baran J, et al. Adaptation and validation of the Physical Activity Questionnaire for Adolescents (PAQ-A) among Polish adolescents: Cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(11):e030567.
221. Choi BCK, Pak AWP. A catalog of biases in questionnaires. *Prev Chronic Dis*. 2005;2(1):A13.
222. Stang A. Nonresponse research - An underdeveloped field in epidemiology. *Eur J Epidemiol*. 2003;18(10):929-32.
223. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Datos de interés general para los usuarios del Sistema Nacional de Salud de España sobre la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria [Internet]. 2021 [citado 4 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/rd162012/home.htm>
224. Reeve E, Anthony AC, Kouladjian O'Donnell L, Low LF, Ogle SJ, Glendenning JE, et al. Development and pilot testing of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing questionnaire for people with cognitive impairment. *Australas J Ageing*. 2018;37(4):E150-4.

225. Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, DiGiuseppi C, Wentz R, Kwan I, et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):MR000008.
226. Lundby C, Glans P, Simonsen T, Søndergaard J, Ryg J, Lauridsen HH, et al. Attitudes towards deprescribing: The perspectives of geriatric patients and nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(6):1508-18.
227. Graabæk T, Lundby C, Ryg J, Søndergaard J, Pottegård A, Nielsen DS. "I simply don't know, because I don't know which drugs I get": Perspectives on deprescribing among older adults with limited life expectancy and their relatives. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2021;128(1):115-27.
228. Moen J, Bohm A, Tillenius T, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. "I don't know how many of these [medicines] are necessary.." - A focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Educ Couns*. 2009;74(2):135-41.
229. Bagge M, Tordoff J, Norris P, Heydon S. Older people's attitudes towards their regular medicines. *J Prim Health Care*. 2013;5(3):234-42.
230. Gillespie RJ, Harrison L, Mullan J. Deprescribing medications for older adults in the primary care context: A mixed studies review. *Heal Sci Reports*. 2018;1(7):e45.
231. Schuling J, Gebben H, Veehof LIG, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: The view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2012;13:56.
232. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):595-608.
233. Anderson K, Foster M, Freeman C, Luetsch K, Scott I. Negotiating "unmeasurable harm and benefit": Perspectives of General Practitioners and consultant pharmacists on deprescribing in the Primary Care setting. *Qual Health Res*. 2017;27(13):1936-47.
234. Wallis KA, Andrews A, Henderson M. Swimming against the tide: Primary care physicians' views on deprescribing in everyday practice. *Ann Fam Med*. 2017;15(4):341-6.
235. Kalogianis MJ, Wimmer BC, Turner JP, Tan ECK, Emery T, Robson L, et al. Are residents of aged care facilities willing to have their medications deprescribed? *Res Soc Adm Pharm*. 2016;12(5):784-8.
236. Instituto Cervantes. El Español: Una lengua viva. Informe 2020 [Internet]. Madrid; 2020 [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://cvc.cervantes.es/lengua/espanol_lengua_viva/pdf/espanol_lengua_viva_2020.pdf
237. Baza Bueno M, Ruiz de Velasco Artaza E, Fernández Uria J, Gorroñoigoitia Iturbe A. Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiacepinas en pacientes con insomnio. *Gac Sanit*. 2020;34(6):539-45.
238. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value Heal*. 2009;12(1):118-23.
239. Müller S, Kohlmann T, Wilke T. Validation of the Adherence Barriers Questionnaire – An

- instrument for identifying potential risk factors associated with medication-related non-adherence. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):153.
240. Krska J, Katusiime B, Corlett SA. Validation of an instrument to measure patients' experiences of medicine use: The Living with Medicines Questionnaire. *Patient Prefer Adherence.* 2017;11:671-9.
 241. Ibrahim K, Cox NJ, Stevenson JM, Lim S, Fraser SDS, Roberts HC. A systematic review of the evidence for deprescribing interventions among older people living with frailty. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):258.
 242. Giménez RS, Anciano JG, Cortés MAR, Ramos JRB, Pizarra AG, Verdugo RM. Beliefs and attitudes about deprescription in older HIV-infected patients: ICARD project. *Rev Esp Quimioter.* 2021;34(1):18-27.
 243. Caughey GE, Tait K, Vitry AI, Shakib S. Influence of medication risks and benefits on treatment preferences in older patients with multimorbidity. *Patient Prefer Adherence.* 2017;11:131-40.
 244. Turner JP, Currie J, Trimble J, Tannenbaum C. Strategies to promote public engagement around deprescribing. *Ther Adv Drug Saf.* 2018;9(11):653-65.
 245. Abrahamson K, Nazir A, Pressler K. A novel approach to deprescribing in long-term care settings: The SMART campaign. *Res Social Adm Pharm.* 2017;13(6):1202-3.
 246. Canadian Institutes of Health Research. Action plan. First, do not harm. National strategy to improve safe and appropriate medical therapy for older men and women across Canada [Internet]. 2016 [citado 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2015/11/ACTION-PLAN-ENGLISH-for-Deprescribe_org-updated-March-15th-2016.pdf
 247. Canadian Institutes of Health Research. Canadian Deprescribing Network [Internet]. 2017 [citado 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.deprescribingnetwork.ca>
 248. Australian Deprescribing Network. Australian Deprescribing Network [Internet]. 2021 [citado 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.australiandeprescribingnetwork.com.au>
 249. National Institute on Aging. US Deprescribing Research Network [Internet]. 2020 [citado 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://deprescribingresearch.org>
 250. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos. Polimedicación y deprescripción: herramientas [Internet]. 2019 [citado 7 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cadime.es/noticias/destacados/305-polimedicación-y-deprescripción-herramientas.html>
 251. Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud. Laboratorio del Polimedicado [Internet]. 2016 [citado 7 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://polimedicado.org/>
 252. Felton M, Tannenbaum C, McPherson ML, Pruskowski J. Communication techniques for deprescribing conversations #369. *J Palliat Med.* 2019;22(3):335-6.
 253. Ailabouni NJ, Weir KR, Reeve E, Turner JT, Norton JW, Gray SL. Barriers and enablers of older adults initiating a deprescribing conversation. *Patient Educ Couns.* 2021;105(3):615-24.

254. Turner JP, Tannenbaum C. Older adults' awareness of deprescribing: A population-based survey. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(12):2691-6.
255. Reeve E, Low L-F, Hilmer SN. Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing of medications: A qualitative focus group study. *Br J Gen Pract.* 2016;(649):e552-60.
256. Turner JP, Martin P, Zhang YZ, Tannenbaum C. Patients beliefs and attitudes towards deprescribing: Can deprescribing success be predicted? *Res Soc Adm Pharm.* 2020;16(4):599-604.
257. Socías I, Leiva A, Pombo-Ramos H, Bejarano F, Sempere-Verdú E, Rodríguez-Rincón RM, et al. Evaluating the implementation of a multicomponent intervention consisting of education and feedback on reducing benzodiazepine prescriptions by general practitioners: BENZORED hybrid type I cluster randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(15):7964.
258. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: The EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med.* 2014;174(6):890.
259. Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S, Tannenbaum C. Effect of a pharmacist-led educational intervention on inappropriate medication prescriptions in older adults: The D-PRESCRIBE randomized clinical trial. *JAMA.* 2018;320(18):1889-98.
260. Diccionario panhispánico de dudas. Real Academia Española de la Lengua. Cuidar, cuidarse [Internet]. 2005 [citado 2 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.rae.es/dpd/cuidar>
261. Diccionario panhispánico de dudas. Real Academia Española de la Lengua. Concordancia [Internet]. 2005 [citado 2 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.rae.es/dpd/concordancia>
262. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: Las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria.* 2002;29(6):378-84.

9 | ANEXOS

Anexo 1. Abreviaturas y acrónimos empleados a lo largo del texto por orden alfabético

AFC	Análisis Factorial Confirmatorio.
AFE	Análisis Factorial Exploratorio.
AGFI	Adjusted Goodness of Fit.
AIC	Akaike Information Criterion.
AJGR	Antonio J. García Ruiz
AVE	Average Variance Extracted.
BIC	Bayesian Information Criterion.
BMQ	Beliefs about Medicines Questionnaire.
Carga	Factor Carga.
CCI	Coeficiente de Correlación Intraclass.
Cese	Factor Cese.
CFI	Comparative Fit Index.
DE	Desviación Estándar.
EGM	Enrique Gavilán Moral.
ESEM	Exploratory Structural Equation Models.
FLF	Francisca Leiva Fernández.
HTMT	Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlation.
IC	Intervalo de Confianza.
IFI	Incremental Fit Index.
Idon	Factor Idoneidad
Impli	Factor Implicación.
JIJR	José Ignacio de Juan Roldán.
LRT	Likelihood Ratio Test.

MeSH	Medical Subject Headings.
MPI	Medicamentos Potencialmente Inadecuados.
NA	No Aplicable.
NFI	Normed Fit Index.
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation.
SAMFYC	Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
SMI	Salario Mínimo Interprofesional
rPATD	Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing.
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual.
WLS	Weighted Least Squares estimators.

Anexo 2a. Versión original del cuestionario rPATD. Versión para pacientes

Fuente: extraído sin modificar de *“Development and Validation of the Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) Questionnaire: Versions for Older Adults and Caregivers”*. Reeve et al. *Drugs Aging*. 2016 (doi: 10.1007/s40266-016-0410-1).

Investigation into the beliefs of older adults about medicines

There are no right or wrong answers, please tick the box to indicate how strongly you agree with each of the following statements. If there are any questions that you cannot answer, or feel that it doesn't apply to you, please skip it and move to the next question.

For the questions that ask about your doctor, please think of the doctor that prescribes the most (if not all) of your medicines.

	strongly agree	agree	unsure	disagree	strongly disagree
Overall, I am satisfied with my current medicines					
I like to be involved in making decisions about my medicines with my doctors					
I have a good understanding of the reasons I was prescribed each of my medicines					
I like to know as much as possible about my medicines					
I always ask my doctor, pharmacist or other health care professional if there is something I don't understand about my medicines					
I know exactly what medicines I am currently taking, and/or I keep an up to date list of my medicines					
If my doctor said it was possible I would be willing to stop one or more of my regular medicines					
I feel that I am taking a large number of medicines					
Taking my medicines every day is very inconvenient					
I spend a lot of money on my medicines					

	strongly agree	agree	unsure	disagree	strongly disagree
Sometimes I think I take too many medicines					
I feel that my medicines are a burden to me					
I would like to try stopping one of my medicines to see how I feel without it					
I would like my doctor to reduce the dose of one or more of my medicines					
I feel that I may be taking one or more medicines that I no longer need					
I believe one or more of my medicines may be currently giving me side effects					
I think one or more of my medicines may not be working					
I have had a bad experience when <u>stopping</u> a medicine before					
I would be reluctant to stop a medicine that I had been taking for a long time					
If one of my medicines was stopped I would be worried about missing out on future benefits					
I get stressed whenever changes are made to my medicines					
If my doctor recommended stopping a medicine I would feel that he/she was giving up on me					

Thank you for completing the questionnaire.

The final publication is available at Springer via
<http://dx.doi.org/10.1007/s40266-016-0410-1>

Anexo 2b. Versión original del cuestionario rPATD. Versión para cuidadores

Fuente: extraído sin modificar de *“Development and Validation of the Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) Questionnaire: Versions for Older Adults and Caregivers”*. Reeve et al. *Drugs Aging*. 2016 (doi: 10.1007/s40266-016-0410-1).

Investigation into the beliefs of carers about medicines

There are no right or wrong answers, please tick the box to indicate how strongly you agree with each of the following statements. If there are any questions that you cannot answer, or feel that it doesn't apply to you, please skip it and move to the next question.

For the questions that ask about your care recipient's doctor, please think of the doctor that prescribes the most (if not all) of their medicines.

	strongly agree	agree	unsure	disagree	strongly disagree
Overall, I am satisfied with my care recipient's current medicines					
I like to be involved in making decisions about my care recipient's medicines with their doctors					
I like to know as much as possible about my care recipient's medicines					
I always ask the doctor, pharmacist or other health care professional if there is something I don't understand about my care recipient's medicines					
I know exactly what medicines the person that I care for is currently taking and/or I have an up to date list of their medicines					
If their doctor said it was possible I would be willing to stop one or more of my care recipient's medicines					
I feel that the person I care for is taking a large number of medicines					
My care recipient's medicines are quite expensive					
Sometimes I think the person I care for takes too many medicines					
I feel that my care recipient's medicines are a burden to them					

	strongly agree	agree	unsure	disagree	strongly disagree
I would like the doctor to try stopping one of my care recipient's medicines to see how they feel without it					
I would like the doctor to reduce the dose of one or more of my care recipient's medicines					
I feel that the person that I care for may be taking one or more medicines that they no longer need					
I believe one or more of my care recipient's medicines may be currently giving them side effects					
I think one or more of my care recipient's medicines may not be working					
The person that I care for has had a bad experience when <u>stopping</u> a medicine before					
I would be reluctant to stop one of my care recipient's medicines that they had been taking for a long time					
I get stressed whenever changes are made to my care recipient's medicines					
I feel that if I agreed to stopping one of my care recipient's medicines then this is giving up on them					

Thank you for completing the questionnaire.

The final publication is available at Springer via
<http://dx.doi.org/10.1007/s40266-016-0410-1>

Anexo 3. Sistema ATC (Anatómica, Terapéutica, Química) de clasificación de fármacos

A. Tracto alimentario y metabolismo

- A01 Preparaciones estomatológicas
- A02 Agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos
- A03 Agentes contra enfermedades funcionales del estómago e intestino
- A04 Antieméticos y antinauseosos
- A05 Terapia biliar y hepática
- A06 Laxantes
- A07 Antidiarreicos, antiinflamatorios y antiinfecciosos intestinales
- A08 Preparados contra la obesidad, excluidos productos dietéticos
- A09 Digestivos, incluidos enzimas
- A10 Fármacos usados en diabetes
- A11 Vitaminas
- A12 Suplementos minerales
- A13 Tónicos
- A14 Agentes anabólicos para uso sistémico
- A15 Estimulantes del apetito
- A16 Otros productos para el tracto alimentario y metabolismo

B. Sangre y órganos hematopoyéticos

- B01 Agentes antitrombóticos
- B02 Antihemorrágicos
- B03 Preparados antianémicos
- B05 Sustitutos del plasma y soluciones para perfusión
- B06 Otros agentes hematológicos

C. Sistema cardiovascular

- C01 Terapia cardíaca
- C02 Antihipertensivos
- C03 Diuréticos
- C04 Vasodilatadores periféricos
- C05 Vasoprotectores
- C07 Agentes beta-bloqueantes
- C08 Bloqueantes de canales de calcio
- C09 Agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina
- C10 Agentes que reducen los lípidos séricos

D. Dermatológicos

- D01 Antifúngicos para uso dermatológico
- D02 Emolientes y protectores
- D03 Preparados para el tratamiento de heridas y úlceras
- D04 Antipruriginosos, incluidos antihistamínicos, anestésicos, etc
- D05 Antipsoriásicos
- D06 Antibióticos y quimioterápicos para uso dermatológico

D07 Preparados dermatológicos con corticoesteroides

D08 Antisépticos y desinfectantes

D09 Apósitos con medicamentos

D10 Preparados antiacné

D11 Otros preparados dermatológicos

G. Sistema genitourinario y hormonas sexuales

G01 Antiinfecciosos y antisépticos ginecológicos

G02 Otros productos ginecológicos

G03 Hormonas sexuales y moduladores del sistema genital

G04 Productos de uso urológico

H. Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas

H01 Hormonas hipofisarias e hipotalámicas y sus análogos

H02 Corticosteroides para uso sistémico

H03 Terapia tiroidea

H04 Hormonas pancreáticas

H05 Homeostasis del calcio

J. Antiinfecciosos para uso sistémico

J01 Antibacterianos para uso sistémico

J02 Antimicóticos de uso sistémico

J04 Antimicobacterias

J05 Antivirales de uso sistémico

J06 Sueros inmunes e inmunoglobulinas

J07 Vacunas

L. Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores

L01 Antineoplásicos

L02 Terapia endocrina

L03 Inmunoestimulantes

L04 Inmunosupresores

M. Sistema músculo-esquelético

M01 Antiinflamatorios y antirreumáticos

M02 Productos tópicos para dolor articular y muscular

M03 Relajantes musculares

M04 Antigotosos

M05 Preparados para el tratamiento de enfermedades óseas

M09 Otros medicamentos para desórdenes del sistema músculo-esquelético

N. Sistema nervioso

N01 Anestésicos

N02 Analgésicos

N03 Antiepilépticos

N04 Antiparkinsonianos

N05 Psicolépticos

N06 Psicoanalépticos

N07 Otros fármacos activos sobre el sistema nervioso

P. Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes

P01 Antiprotozoarios

P02 Antihelmínticos

P03 Ectoparasitidas, incluido escabicidas, insecticidas y repelentes

R. Sistema respiratorio

R01 Preparaciones nasales

R02 Preparados para la garganta

R03 Agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias

R05 Preparados para la tos y el resfriado

R06 Antihistamínicos para uso sistémico

R07 Otros productos para el sistema respiratorio

S. Órganos de los sentidos

S01 Oftalmológicos

S02 Otológicos

S03 Preparados oftalmológicos y otológicos

V. Varios

V01 Alérgenos

V03 Todos los demás preparados terapéuticos

V04 Agentes diagnósticos

V06 Nutrientes generales

V07 Todos los demás productos no terapéuticos

V08 Medios de contraste

V09 Radiofármacos para diagnóstico

V10 Radiofármacos terapéuticos

Anexo 4a. Subescala específica de *preocupación* de la versión española del cuestionario Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ). Versión para pacientes

Fuente: extraído sin modificar de “Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire”. Beléndez-Vázquez et al. Int J Clin Health Psychol. 2007.

Cuestionario de Creencias sobre la Medicación – Específico

Subescala de *preocupación*

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Estamos interesados en sus opiniones personales. Nos gustaría que nos dijera sus opiniones sobre su tratamiento con sus medicamentos. A continuación aparece una lista de afirmaciones que otras personas han declarado sobre su tratamiento. Por favor, señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con ellas **marcando un círculo** en el número de la casilla apropiada.

	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
1. Me preocupa tener que tomar mis medicamentos.	5	4	3	2	1
2. A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de mis medicamentos.	5	4	3	2	1
3. Mis medicamentos son un misterio para mí.	5	4	3	2	1
4. Mis medicamentos trastornan mi vida.	5	4	3	2	1
5. A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de mis medicamentos.	5	4	3	2	1

Anexo 4b. Subescala específica de *preocupación* de la versión española del cuestionario Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ). Versión para cuidadores

Fuente: modificado de “Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire”. Beléndez-Vázquez et al. Int J Clin Health Psychol. 2007.

Cuestionario de Creencias sobre la Medicación – Específico

Subescala de *preocupación*

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Estamos interesados en sus opiniones personales. Nos gustaría que nos dijera sus opiniones sobre el tratamiento de la persona a la que cuida. A continuación aparece una lista de afirmaciones que otras personas han declarado sobre el tratamiento de las personas a las que cuidan. Por favor, señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con ellas **marcando un círculo** en el número de la casilla apropiada.

	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
1. Me preocupa que la persona a la que cuido tenga que tomar sus medicamentos.	5	4	3	2	1
2. A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de los mis medicamentos de la persona a la que cuido.	5	4	3	2	1
3. Los medicamentos de la persona a la que cuido son un misterio para mí.	5	4	3	2	1
4. Los medicamentos de la persona a la que cuido trastornan su vida.	5	4	3	2	1
5. A veces me preocupo por si la persona a la que cuido llega a ser demasiado dependiente de sus medicamentos.	5	4	3	2	1

Anexo 5. Cuaderno de recogida de datos

Estudio de validación al castellano del cuestionario Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción

Investigador	
Código del sujeto	

Versión	Paciente	
	Cuidador	

Variables sociodemográficas

1. Centro de salud:

- ☐ Palma-Palmilla
☐ Alameda-Perchel
☐ Victoria

2. Sexo:

- ☐ Mujer
☐ Hombre

3. Edad:

4. Nacionalidad: _____

Sólo rPATD versión cuidadores: 5. Edad del cuidador: _____

6. Sexo del cuidador:

- ☐ Mujer
☐ Hombre

7. Nivel de estudios:

En caso de rPATD versión cuidadores: de la persona que recibe los cuidados.

- | | |
|---|--|
| ☐ No sabe leer ni escribir | ☐ Bachillerato/FP grado medio |
| ☐ Sabe leer pero no tiene estudios | ☐ FP grado superior |
| ☐ Estudios primarios incompletos | ☐ Estudios universitarios incompletos |
| ☐ Estudios primarios/EGB (hasta 2º de ESO) | ☐ Estudios universitarios completos |
| ☐ Estudios secundarios (hasta 4º de ESO) | |

8. Ingresos económicos domésticos medios:

En caso de rPATD versión cuidadores: de la persona que recibe los cuidados.

- | | |
|---|--|
| ☐ Menos de 525€ | ☐ De 1720€ a 2039€ |
| ☐ De 525€ a 749€ | ☐ De 2040€ a 2489€ |
| ☐ De 750€ a 969€ | ☐ De 2490€ a 3279€ |
| ☐ De 970€ a 1169€ | ☐ De 3280€ a 4499€ |
| ☐ De 1170€ a 1399€ | ☐ De 4500€ a 5999€ |
| ☐ De 1400€ a 1719€ | ☐ 6000€ euros en adelante |

Sólo rPATD versión cuidadores: **9. Relación con la persona que recibe los cuidados:**

“La persona que recibe los cuidados es el _____ del cuidador”

- | | |
|--|--|
| ☐ Marido/mujer | ☐ Hermano/a |
| ☐ Pareja de hecho | ☐ Otro parentesco (_____) |
| ☐ Padre/madre | ☐ Sin parentesco |
| ☐ Suegro/a | |

Sólo rPATD versión cuidadores: **10. Lugar de residencia de la persona que recibe los cuidados:**

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Domicilio sin acompañamiento | ☐ Residencia |
| ☐ Domicilio con familiares | ☐ Otro (_____) |
| ☐ Domicilio con cuidador | |

11. Manejo de la medicación:

En caso de rPATD versión cuidadores: de la persona que recibe los cuidados.

- ☐ La maneja solo/a
- ☐ La maneja solo/a con ayuda de un familiar o amigo
- ☐ La maneja un familiar o cuidador informal
- ☐ La maneja un cuidador profesional

Variables clínicas

12. Antecedentes personales:

En caso de rPATD versión cuidadores: de la persona que recibe los cuidados.

	Sí	No
Diabetes mellitus		
Hipertensión arterial		
Dislipemia		
Cardiopatía isquémica/Insuficiencia cardíaca		
Accidente cerebrovascular		
Proceso neoplásico		
Enfermedad mental (incl. ansiedad/depresión)		
Artrosis/Enfermedad reumática		
Enfermedad respiratoria		

Enfermedad nefrourológica (incl. Insuf renal)		
Enfermedad hepática		
Enfermedad gastrointestinal		
Deterioro cognitivo/demencia		

13. Nº de fármacos en módulo de prescripción: _____

Fármaco entendido como **presentación**: comprimidos con uno o varios principios activos, inhaladores con uno o varios principios activos, colirios...

14. Nº de fármacos que realmente toma el paciente: _____

Fármaco entendido como **presentación**: comprimidos con uno o varios principios activos, inhaladores con uno o varios principios activos, colirios...

15. Nº de principios activos en módulo de prescripción: _____

16. Principios activos:

	Nº		Nº
A. Tracto alimentario y metabolismo		L. Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	
B. Sangre y órganos hematopoyéticos		M. Sistema músculoesquelético	
C. Sistema cardiovascular		N. Sistema nervioso	
D. Dermatológicos		P. Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	
G. Sistema genitourinario y hormonas sexuales		R. Sistema respiratorio	
H. Preparados hormonales sistémicos, excluyendo horm. sexuales e insulinas		S. Órganos de los sentidos	
J. Antiinfecciosos para uso sistémico		V. Varios	

Variables relativas al cuestionario rPATD

17. Tiempo en completar el cuestionario: _____

Anexo 6. Hoja de información al paciente y consentimiento informado

Estudio de validación al castellano del cuestionario Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción

Hoja de información al paciente

Título del estudio

El presente estudio se titula “Estudio de validación al castellano del cuestionario *Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing* (rPATD) para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción”.

Le invitamos a participar en este estudio para validar en nuestro medio el cuestionario rPATD, cuyo fin es explorar las actitudes de los pacientes polimedicados acerca del proceso de retirada de fármacos conocido como deprescripción. Dicho estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga con fecha 27 de abril de 2017 (código: 0611-N-17).

Antes de decidir si desea participar en este estudio es importante que entienda por qué es necesario llevar a cabo esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación.

Motivo del estudio

En este estudio se pretende obtener la versión en castellano del cuestionario rPATD. Para ello, en primer lugar se realizará una adaptación transcultural a partir del cuestionario original desarrollado por investigadores de la Universidad de Sídney, y posteriormente se analizarán diferentes características del mismo tomando como base los datos extraídos de las entrevistas con los pacientes seleccionados para el estudio.

Este proyecto se está desarrollando en forma de tesis doctoral en el Programa de Doctorado de Biomedicina, Investigación Traslacional y Nuevas Tecnologías en Salud de la Universidad de Málaga, en colaboración con el Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud (Laboratorio del Polimedicado).

Participación y retirada del estudio

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

En caso de que usted decidiera abandonar el estudio, puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta el momento. Si fuera su voluntad, sus datos serían borrados de los ficheros informáticos.

También se le podrá retirar del estudio si en cualquier momento por parte del investigador se detectase que la entrevista está constituyendo un perjuicio para su salud física y/o mental.

¿Quién puede participar?

Dicho estudio se realizará en personas seleccionadas entre pacientes polimedicados dados de alta en la Base de Datos de Usuarios de los centros de salud Alameda-Perchel, Palma-Palmilla y Victoria, de Málaga, y que acepten formar parte del estudio.

¿En qué consiste mi participación?

Usted deberá acudir a una entrevista en su centro de salud en la que se recogerán datos socio-demográficos, personales y clínicos. Así mismo deberá rellenar el cuestionario rPATD en su versión en español y otro cuestionario llamado *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ), para poder comprobar diversas hipótesis que relacionan ambos cuestionarios. Tiene derecho a negarse a contestar alguna de las preguntas si las considera inapropiadas o incómodas.

Se accederá a su historia clínica electrónica para consultar sus antecedentes personales y la medicación que tiene actualmente activa en el módulo de prescripción, pero no se registrará en la misma ningún dato obtenido de la entrevista.

En el caso de que usted no cumpliera con los criterios de selección establecidos no podría ser incluido en el presente estudio.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Toda la información obtenida de la entrevista le será facilitada e interpretada si así lo desea. Se le entregará por escrito su medicación activa y su posología según el módulo de prescripción de la historia clínica electrónica en el caso de que lo solicite.

También es posible que usted perciba que no obtiene ningún beneficio directo por participar en el estudio. No obstante, se prevé que la información que se obtenga pueda beneficiar en un futuro a otros pacientes y pueda contribuir a un mejor conocimiento de la atención al paciente polimedicado.

Al finalizar la investigación podrá ser informado, si lo desea, sobre los principales resultados y las conclusiones generales del estudio, así como de la versión final del cuestionario rPATD.

Confidencialidad

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador que le ha realizado la entrevista.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el investigador del estudio podrá relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal. Dichos datos

serán almacenados en un lugar seguro, de acceso restringido. El acceso a su información personal quedará restringido únicamente al investigador del estudio y al Comité de Ética de la Investigación Provincial correspondiente.

Este estudio así como el proceso de desarrollo del mismo se realizarán bajo la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

Compensación económica

No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio.

Otra información relevante

Usted puede ser excluido del estudio si los investigadores del mismo lo consideran o si detectan que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Financiación del estudio

El presente estudio cuenta con una beca Isabel Fernández de ayuda a la realización de tesis doctorales de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y una beca Isabel Fernández de ayuda a la realización de tesis doctorales de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC).

El equipo investigador declara que no posee conflicto de intereses con la industria farmacéutica ni otros sectores relacionados con el campo de la salud.

Preguntas

Llegado este momento le damos la oportunidad de que, si no lo ha hecho antes, haga las preguntas que considere oportunas.

Investigadores del estudio

Si tiene alguna duda sobre algún aspecto del estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no deje de preguntar al investigador principal José Ignacio de Juan Roldán (email de contacto: estudio.rpatd.es@gmail.com). En caso de que una vez leída esta información decida participar en el estudio, deberá firmar su consentimiento informado.

Estudio de validación al castellano del cuestionario Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción

Consentimiento informado

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Acepto participar de forma voluntaria en el **“Estudio de validación al castellano del cuestionario Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción”**.

He leído la hoja de información al paciente, comprendo los riesgos y los beneficios que comporta, que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar o solicitar que retiren mis datos siempre que así lo quiera.

Comprendo que mi participación en el estudio consiste en asistir a la entrevista en mi centro de salud y completar el cuestionario rPATD y BMQ.

Comprendo que no recibiré compensación económica por mi participación en el estudio.

Comprendo que la información será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos.

Sé cómo ponerme en contacto con los investigadores.

Lugar y fecha:

Firma del participante

Firma del investigador

Anexo 7a. Traducción directa inglés – español. Versión para pacientes

a) Traductor 1 (con contexto)

Actitudes de los pacientes hacia la deprescripción (cuestionario rPATD). Versión en español

No hay respuestas correctas ni incorrectas; marque la casilla para indicar hasta qué punto está de acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes. Si hay alguna pregunta a la que no puede responder, o cree que no es su caso, sáltela y pase a la siguiente pregunta.

Para las preguntas sobre su médico, piense en el médico que receta la mayoría de los medicamentos (si no todos).

	Completam ente de acuerdo	De acuerdo	Tengo dudas	En desacuerdo	Completam ente en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho con mis medicinas actuales					
2. Me gusta intervenir con los médicos en la toma de decisiones sobre mis medicinas					
3. Entiendo bien las razones por las que me han recetado cada una de mis medicinas					
4. Me gusta saber todo lo posible sobre mis medicinas					
5. Siempre pregunto al médico, al farmacéutico o a otro profesional sanitario si hay algo que no entiendo sobre mis medicinas					
6. Sé exactamente qué medicinas estoy tomando actualmente y/o tengo una lista actualizada de mis medicinas					
7. Si mi médico dijera que es posible, estaría dispuesto a interrumpir una o más de mis medicinas habituales					
8. Creo que estoy tomando muchas medicinas					
9. Tomarme las medicinas todos los días es muy molesto					
10. Gasto mucho dinero en mis medicinas					
11. A veces creo que tomo demasiadas medicinas					

12. Creo que mis medicinas son una carga económica para mi					
13. Me gustaría que el médico tratara de interrumpir el tratamiento con una de mis medicinas para ver cómo me siento sin ella					
14. Me gustaría que el médico redujera la dosis de una o más de mis medicinas					
15. Creo que puedo estar tomando una o más medicinas que ya no necesito					
16. Creo que una o más de mis medicinas me pueden estar dando efectos secundarios					
17. Creo que una o más de mis medicinas pueden no estar funcionando					
18. He tenido una mala experiencia anteriormente al <u>dejar</u> una medicina					
19. Sería reacio a dejar de tomar una de las medicinas que llevo tomando mucho tiempo					
20. Si me interrumpieran el tratamiento con una de mis medicinas, estaría preocupado por si me perdiera futuros efectos beneficiosos de ella					
21. Me estreso siempre que se hacen cambios en mis medicinas					
22. Creo que, si mi médico me recomendara dejar una de las medicinas que tomo, sería como perder la esperanza					

Gracias por completar el cuestionario

b) Traductor 2 (sin contexto)

Actitudes de los pacientes hacia la deprescripción (cuestionario rPATD). Versión en español

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Marque la casilla para indicar su grado de conformidad con cada una de las afirmaciones siguientes. Si hay alguna pregunta que no sabe qué responder o considera que no le afecta, sáltela y pase a la pregunta siguiente.

En el caso de las preguntas que hagan referencia a su médico, piense en el médico que le receta la mayoría (si no todas) de sus medicamentos.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. En términos generales, estoy satisfecho con mis medicamentos actuales					
2. Me gusta que mis médicos me tengan en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre mis medicamentos.					
3. Comprendo bastante bien la razón por la que me recetaron cada uno de mis medicamentos					
4. Me gusta saber todo lo que pueda sobre mis medicamentos					
5. Si hay algo que no entiendo sobre mis medicamentos, siempre pregunto al médico, el farmacéutico u otro profesional sanitario					
6. Sé exactamente qué medicamentos estoy tomando en la actualidad, y/o tengo una lista actualizada de mis medicamentos					
7. Si mi médico dijera que puedo hacerlo, estaría dispuesto a dejar de tomar uno o más de mis medicamentos habituales					
8. Considero que estoy tomando muchos medicamentos					
9. Tomar mis medicamentos cada día es un inconveniente					
10. Gasto muchísimo dinero en mis medicamentos					
11. A veces creo que tomo demasiados medicamentos					

12. Creo que mis medicamentos son una carga económica para mí					
13. Me gustaría probar a quitar uno de mis medicamentos para ver cómo me siento sin tomarlo					
14. Me gustaría que el médico redujera la dosis de uno o más de mis medicamentos					
15. Tengo la sensación de que podría estar tomando uno o más medicamentos que ya no necesito					
16. Creo que uno o más de mis medicamentos me pueden estar provocando efectos secundarios					
17. Creo que uno o más de mis medicamentos no funcionan					
18. He tenido ya una mala experiencia al <u>dejar de tomar</u> un medicamento					
19. Sería reacio a interrumpir uno de los medicamentos que haya estado tomando durante mucho tiempo					
20. Si dejara de tomar uno de mis medicamentos, me preocuparía perderme beneficios futuros					
21. Siempre que hay un cambio en mis medicamentos, me estreso					
22. Creo que, si mi médico accediera a interrumpir uno de los medicamentos, perdería la confianza en él/ella					

Gracias por completar el cuestionario.

Anexo 7b. Traducción directa inglés – español. Versión para cuidadores

a) Traductor 1 (con contexto)

Actitudes de los cuidadores hacia la deprescripción (cuestionario rPATD). Versión en español

No hay respuestas correctas ni incorrectas; marque la casilla para indicar hasta qué punto está de acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes. Si hay alguna pregunta a la que no puede responder, o cree que no es su caso, sáltela y pase a la siguiente pregunta.

Para las preguntas sobre el médico de la persona a la que usted cuida, piense en el médico que receta la mayoría de los medicamentos (si no todos).

	Completam ente de acuerdo	De acuerdo	Tengo dudas	En desacuerdo	Completam ente en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho con las medicinas actuales de la persona a la que cuido					
2. Me gusta intervenir con los médicos en la toma de decisiones sobre las medicinas de la persona a la que cuido					
3. Me gusta saber todo lo posible sobre las medicinas de la persona a la que cuido					
4. Siempre pregunto al médico, al farmacéutico o a otro profesional sanitario si hay algo que no entiendo sobre las medicinas de la persona a la que cuido					
5. Sé exactamente qué medicinas está tomando actualmente la persona a la que cuido y/o tengo una lista actualizada de sus medicinas					
6. Si el médico dijera que es posible, estaría dispuesto a interrumpir una o más de las medicinas de la persona a la que cuido					
7. Creo que la persona a la que cuido está tomando muchas medicinas					
8. Las medicinas de la persona a la que cuido son muy caras					
9. A veces creo que la persona a la que cuido toma demasiadas medicinas					
10. Creo que las medicinas de la persona a la que cuido son una carga económica para ella					
11. Me gustaría que el médico tratara de interrumpir el tratamiento con una de las					

medicinas que toma la persona a la que cuido para ver cómo se siente sin ella					
12. Me gustaría que el médico redujera la dosis de una o más de las medicinas que toma la persona a la que cuido					
13. Creo que la persona a la que cuido puede estar tomando una o más medicinas que ya no necesita					
14. Creo que una o más de las medicinas de la persona a la que cuido le pueden estar dando efectos secundarios					
15. Creo que una o más de las medicinas que toma la persona a la que cuido pueden no estar funcionando					
16. La persona a la que cuido ha tenido una mala experiencia anteriormente al <u>dejar</u> una medicina					
17. Sería reacio a que la persona a la que cuido dejara de tomar una de las medicinas que lleva tomando mucho tiempo					
18. Me estreso siempre que se hacen cambios en las medicinas de la persona a la que cuido					
19. Creo que, si aceptara que la persona a la que cuido dejara una de las medicinas que toma, sería como perder la esperanza					

Gracias por completar el cuestionario.

b) Traductor 2 (sin contexto)

Actitudes de los cuidadores hacia la deprescripción (cuestionario rPATD). Versión en español

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Marque la casilla para indicar su grado de conformidad con cada una de las afirmaciones siguientes. Si hay alguna pregunta que no sabe qué responder o considera que no le afecta, sáltela y pase a la pregunta siguiente.

En el caso de las preguntas que hagan referencia al médico de las personas que cuida, piense en el médico que les receta la mayoría (si no todas) de los medicamentos.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. En términos generales, estoy satisfecho con los medicamentos actuales de las personas que cuido					
2. Me gusta que los médicos de las personas que cuido me tengan en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre sus medicamentos					
3. Me gusta saber todo lo que pueda sobre los medicamentos de las personas que cuido					
4. Si hay algo que no entiendo sobre los medicamentos de las personas que cuido, siempre pregunto al médico, el farmacéutico u otro profesional sanitario					
5. Sé exactamente qué medicamentos está tomando en la actualidad la persona que cuido o tengo una lista actualizada de sus medicamentos					
6. Si su médico dijera que puedo hacerlo, estaría dispuesto a dejar de administrar uno o más de los medicamentos de las personas que cuido					
7. Considero que la persona que cuido está tomando muchos medicamentos					
8. Los medicamentos de la persona que cuido son muy caros					
9. A veces creo que la persona que cuido toma demasiados medicamentos					
10. Creo que los medicamentos de las personas que cuido son una carga para ellos					
11. Me gustaría que el médico probara a quitar uno de los medicamentos de la persona que cuido para ver cómo se siente sin tomarlo					

12. Me gustaría que el médico redujera la dosis de uno o más de los medicamentos de la persona que cuido					
13. Tengo la sensación de que la persona que cuido podría estar tomando uno o más medicamentos que ya no necesita					
14. Creo que uno o más de los medicamentos de la persona que cuido le pueden estar provocando actualmente efectos secundarios					
15. Creo que uno o más de los medicamentos de la persona que cuido no funcionan					
16. La persona que cuido ya tuvo una mala experiencia al <u>dejar</u> de tomar un medicamento					
17. Sería reactivo a interrumpir uno de los medicamentos de la persona que cuido que haya estado tomando durante mucho tiempo					
18. Siempre que hay un cambio en los medicamentos de la persona que cuido, me estreso					
19. Creo que, si accediera a interrumpir uno de los medicamentos de la persona que cuido, perdería la confianza en ellos					

Gracias por completar el cuestionario.

Anexo 8a. Versión de síntesis. Versión para pacientes

Actitudes de los pacientes hacia la deprescripción (cuestionario rPATD). Versión en español

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Marque la casilla para indicar hasta qué punto está de acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes. Si hay alguna pregunta a la que no puede responder, o cree que no es su caso, por favor sáltesela y pase a la siguiente pregunta.

En el caso de las preguntas que hagan referencia a su médico, piense en el médico que le receta la mayoría (si no todas) de sus medicinas.

	Completam ente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Completam ente en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho con mis medicinas actuales					
2. Me gusta que mi médico me tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre mis medicinas					
3. Entiendo bien las razones por las que me han recetado cada una de mis medicinas					
4. Me gusta saber todo lo posible sobre mis medicinas					
5. Si hay algo que no entiendo sobre mis medicinas, siempre pregunto al médico, al farmacéutico o a otro profesional sanitario					
6. Sé exactamente qué medicinas estoy tomando en la actualidad, y/o tengo una lista actualizada de mis medicinas					
7. Si mi médico dijera que es posible, estaría dispuesto a dejar de tomar una o más de mis medicinas habituales					
8. Creo que estoy tomando muchas medicinas					
9. Tomarme las medicinas todos los días es muy molesto					
10. Gasto mucho dinero en mis medicinas					
11. A veces creo que tomo demasiadas medicinas					
12. Creo que mis medicinas son una carga para mi					
13. Me gustaría probar a quitar una de mis medicinas para ver cómo me siento sin ella					

14. Me gustaría que mi médico redujera la dosis de una o más de mis medicinas					
15. Creo que puedo estar tomando una o más medicinas que ya no necesito					
16. Creo que una o más de mis medicinas me pueden estar dando efectos secundarios actualmente					
17. Creo que una o más de mis medicinas puede que no estén funcionando					
18. He tenido una mala experiencia anteriormente al dejar una medicina					
19. Sería reacio a dejar de tomar una de las medicinas que llevo tomando mucho tiempo					
20. Si me interrumpieran el tratamiento con una de mis medicinas, me preocuparía perderme beneficios de ella en el futuro					
21. Siempre que hay un cambio en mis medicinas, me estreso					
22. Si mi médico me recomendara dejar una de las medicinas que tomo, sería como si se diera por vencido					

Gracias por completar el cuestionario.

Anexo 8b. Versión de síntesis. Versión para cuidadores

Actitudes de los cuidadores hacia la deprescripción (cuestionario rPATD). Versión en español

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Marque la casilla para indicar hasta qué punto está de acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes. Si hay alguna pregunta a la que no puede responder, o cree que no es su caso, por favor sáltesela y pase a la siguiente pregunta.

En el caso de las preguntas que hagan referencia al médico de la persona a la que cuida, piense en el médico que le receta la mayoría (si no todas) de sus medicinas.

	Completam ente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Completam ente en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho las medicinas actuales de la persona a la que cuido					
2. Me gusta que el médico de la persona a la que cuido me tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre sus medicinas					
3. Me gusta saber todo lo posible sobre las medicinas de la persona a la que cuido					
4. Si hay algo que no entiendo sobre las medicinas de la persona a la que cuido, siempre pregunto al médico, al farmacéutico o a otro profesional sanitario					
5. Sé exactamente qué medicinas está tomando la persona a la que cuido en la actualidad, y/o tengo una lista actualizada de sus medicinas					
6. Si su médico dijera que es posible, estaría dispuesto a interrumpir una o más de las medicinas de la persona a la que cuido					
7. Creo que la persona a la que cuido está tomando muchas medicinas					
8. Las medicinas de la persona a la que cuido son muy caras					
9. A veces creo que la persona a la que cuido toma demasiadas medicinas					
10. Creo que las medicinas de la persona a la que cuido son una carga para ella					
11. Me gustaría que el médico probara a quitar una de las medicinas que toma la persona a la que cuido para ver cómo se siente sin ella					

12. Me gustaría que el médico redujera la dosis de una o más de las medicinas que toma la persona a la que cuido					
13. Creo que la persona a la que cuido puede estar tomando una o más medicinas que ya no necesita					
14. Creo que una o más de las medicinas de la persona a la que cuido le pueden estar dando efectos secundarios actualmente					
15. Creo que una o más de las medicinas de la persona a la que cuido puede que no estén funcionando					
16. La persona a la que cuido ha tenido una mala experiencia anteriormente al dejar una medicina					
17. Sería reactivo a que la persona a la que cuido dejara de tomar una de las medicinas que lleva tomando mucho tiempo					
18. Siempre que hay un cambio en las medicinas de la persona a la que cuido, me estreso					
19. Si aceptara que la persona a la que cuido dejara una de sus medicinas, sería como darse por vencido					

Gracias por completar el cuestionario.

Anexo 9a. Traducción inversa. Versión para pacientes

a) Traductor 3

Patients' attitudes towards deprescribing (rPATD questionnaire). Spanish version

There are no right or wrong answers. Mark the box to indicate to what extent you are in agreement with each of the following statements. If there is any question you cannot answer, or you believe it does not apply to you, please skip it and go on to the following question.

When the questions refer to your doctor, think about the doctor who prescribes the majority (if not all) your medications.

	Totally agree	Agree	I am unsure	Disagree	Totally disagree
1. In general, I am satisfied with my current medications					
2. I like the fact that my doctor considers me when deciding about my medications					
3. I understand well the reasons for which I have been prescribed each of my medications					
4. I like to know everything possible about my medications					
5. If there is something I do not understand about my medications, I always ask the doctor, the pharmacist or another health professional					
6. I know exactly what medications I am currently taking and/or I have an up-to-date list of my medications					
7. If my doctor said it is possible, I would be willing to stop taking one or more of my medications					
8. I believe that I am taking a lot of medications					
9. My taking medications every day is very bothersome					
10. I am spending a lot of money on my medications					
11. Sometimes I think I am taking too many medications					
12. I think the medications are a burden for me					

13. I would like to try taking away one of my medications to see how I feel without it					
14. I would like the doctor to reduce the dose of one or more of my medications					
15. I think the I might be taking one or more medications I no longer need					
16. I think one or more of my medications can be causing side-effects currently					
17. I think that one or more of my medications may not be working					
18. I have previously had a bad experience when I stopped taking a medication					
19. I would be reluctant to stop taking one of the medications I have been taking for a long time					
20. If they interrupted my treatment with one of my medications, I would worry about missing its benefits in the future					
21. Whenever there is a change in my medications, I get stressed					
22. If my doctor recommended to me that I stop taking one of the medications I take, it would be like he/she were giving up					

Thank you for completing the questionnaire.

b) Traductor 4

Patients' attitudes towards deprescribing (rPATD questionnaire). Spanish version

There are no right or wrong answers. Please tick the box to indicate to what extent you agree with each of the following statements. If there's a question that you cannot answer, or believe that it does apply to you, please skip this question and go to the next one.

For any questions which make reference to your doctor, think about the doctor who prescribes the majority (if not all) of your medicines.

	Completely agree	Agree	I'm not sure	Disagree	Strongly disagree
1. Overall, I'm happy with my current medications					
2. I like the fact that my doctor pays attention to me when making decisions about my medicines					
3. I fully understand the reasons why I have been prescribed each of my medicines					
4. I like to know everything I can about my medicines					
5. If there's something I don't understand about my medicines, I always ask the doctor, the pharmacist or any other healthcare professional in that regard.					
6. I know exactly what medicines that I'm currently taking, and/or I have an updated list of my medicines					
7. If my doctor were to tell me that it was possible, I'd be willing to stop taking one or several of my usual medicines					
8. I think that I'm taking too many medications					
9. Taking medicine on a daily basis is a giant pain in the neck					
10. I spend a whole lot of money on my medicines					
11. Sometimes I think that I'm taking too many medicines					
12. I think that my medicines are a burden for me					
13. I would like to try stop taking one of my medicines to see how I feel without using it					

14. I would like my doctor to decrease the dosage of one or several of my medicines					
15. I think that I may be taking one or several medicines that I no longer need					
16. I think that one or several of my medicines may be currently giving me side effects					
17. I think that one or several of my medicines may not be working					
18. I have had a bad experience previously when I stopped taking a medication					
19. I'd be reluctant to stop taking any one of the medicines which I have been taking for some time					
20. If I were to stop taking any one of my medicines, I'd worry about losing its benefits in the future					
21. Whenever there is a change in my medicines, I stress out					
22. If my doctor were to recommend that I stop taking anyone of my medicines, it would be as if he has given up					

Thank you for completing the questionnaire.

Anexo 9b. Traducción inversa. Versión para cuidadores

a) Traductor 3

Caregivers' attitudes towards deprescribing (rPATD questionnaire). Spanish version

There are no right or wrong answers. Mark the box to indicate to what extent you are in agreement with each of the following statements. If there is any question you cannot answer, or you believe it does not apply to you, please skip it and go on to the following question.

When the questions refer to the doctor of the person you are caring for, think about the doctor who prescribes the majority (if not all) his/her medications.

	Totally agree	Agree	I am unsure	Disagree	Totally disagree
1. In general, I am satisfied with the current medications of the person I care for					
2. I like the fact that the doctor for the person I care for considers me when deciding about his/her medications					
3. I like to know everything possible about the medications of the person I care for					
4. If there is something I do not understand about the medications of the person I care for, I always ask the doctor, the pharmacist or another health professional					
5. I know exactly what medications the person I care for is currently taking and/or I have an up-to-date list of his/her medications					
6. If his/her doctor said it is possible, I would be willing to interrupt one or more of the medications of the person I care for					
7. I believe that the person I care for is taking a lot of medications					
8. The medications of the person I care for are very expensive					
9. Sometimes I think the person I care for is taking too many medications					
10. I think the medications of the person I care for are a burden for him/her					
11. I would like the doctor to try to take away one of the medications that the person I care for is taking to see how he/she feels without it					

12. I would like the doctor to reduce the dose of one or more of the medications of the person I care for					
13. I think the person I care for might be taking one or more medications he/she no longer needs					
14. I think one or more of the medications of the person I care for can be causing side-effects currently					
15. I think that one or more of the medications the person I care for is taking may not be there					
16. The person I care for has previously had a bad experience when he/she stopped taking a medication					
17. I would be reluctant for the person I care for to stop taking one of the medications that he/she has been taking for a long time					
18. Whenever there is a change in the medications of the person I care for, I get stressed					
19. I were to accept that the person I care for would stop taking one of his/her medications, it would be like giving up					

Thank you for completing the questionnaire.

b) Traductor 4

Caregivers' attitudes towards deprescribing (rPATD questionnaire). Spanish version

There are no right or wrong answers. Please tick the box to indicate to what extent you agree with each of the following statements. If there's a question that you cannot answer, or believe that it does apply to you, please skip this question and go to the next one.

For any questions which make reference to the doctor of the person who you take care of, think about the doctor who prescribes the majority (if not all) of his/her medicines.

	Completely agree	Agree	I'm not sure	Disagree	Completely disagree
1. Overall, I'm happy with the current medicines of the person that I take care of					
2. I like the fact that the doctor of the person that I take care of takes me pays attention to me when making decisions about his/her medicines					
3. I like to know everything I can about the medicines of the person that I take care of is taking					
4. If there's something I don't about the medicines of the person that I take care of, I always ask the doctor, the chemist or any other healthcare professional in that regard.					
5. I know exactly what medicines which the person that I take care is currently taking, and/or I have an updated list of his/her medicines					
6. If his/her doctor were to tell me that it was possible, I'd be willing to stop giving one or several of the medicines to the person that I take care of					
7. I think that the person that I take care of takes too many medicines					
8. The medicines of the person that I take care of are very expensive					
9. Sometimes I think that the person I that take care of takes too many medicines					
10. I think that the medicines of the person that I take care of are a burden for him/her					
11. I would like that the doctor attempt to remove one of the medicines which the person that I take care of takes to see how he/she feels without taking those medicines					

12. I would like the doctor to decrease the dosage of one or several of the medicines taken by the person that I take care of					
13. I think that the person that I take care of may be taking one or several medicines which he/she no longer needs					
14. I think that one or several medicines of the person that I take care of may be currently giving him/her side effects					
15. I think that the person that I take care of may be taking one or several medicines which may not be working					
16. The person that I take care of has had a bad experience previously when he/she stopped taking a medicine					
17. I'd be reluctant that the person that I take care of stop taking any one of the medicines which he/she has been taking for some time					
18. Whenever there is a change in the medicines of the person that I take care of, I stress out					
19. If I were to accept that the person I that take care of stop taking one of his/her medicines, it would like as if he/she had given up					

Thank you for completing the questionnaire.

Anexo 10a. Valoración por grupo de expertos. Versión para pacientes

Menor grado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mayor grado

[1] Lingüista: Nereida Congost Maestre.

[2] Experta en Salud Pública: Gloria Puertas Aznárez.

[3] Médico de familia: Joaquín Hortal Carmona.

[4] Farmacéutica de Atención Primaria: Nuria García-Agua Soler.

[5] Farmacéutico hospitalario: Ramón A. Morillo Verdugo.

[6] Farmacólogo: Josep María Castel Llobet.

[7] Farmacólogo: Antonio J. García Ruiz.

[8] Enfermera: Eloísa Fernández Fernández.

[9] Médico especialista en Medicina Interna: Alberto de Dios Romero.

[10] Farmacéutica de Atención Primaria y hospitalaria: Ana I. Rigueira García.

Análisis de los ítems

1. En general, estoy satisfecho con mis medicinas actuales.

Comprensibilidad	10 8 10 9 4 10 7 7 8 10
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 9 10 10 -
Otros comentarios	▪ “En general, estoy satisfecho con los medicamentos que tomo actualmente” [2] [8] ▪ “Conforme” por “satisfecho” [3] ▪ Concretar con qué se está satisfecho (número, eficacia, posología). “En general, estoy satisfecho con la utilidad de los medicamentos que tengo prescritos” [5] ▪ “que estoy tomando actualmente” [7] [8] [9]
Propuesta de cambio	En general, estoy satisfecho/a con los medicamentos que tomo actualmente.

2. Me gusta que mi médico me tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre mis medicinas.

Comprensibilidad	10 9 10 10 9 10 9 10 8 10
Equivalencia	10 9 8 10 9 10 7 10 6 -
Otros comentarios	▪ La versión original habla de médicos en plural [3] ▪ “Me gusta estar implicado con mis médicos en la toma de decisiones sobre las medicinas que estoy tomando” [9]
Propuesta de cambio	Me gusta que mi médico/a me tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre mis medicamentos.

3. Entiendo bien las razones por las que me han recetado cada una de mis medicinas.

Comprensibilidad	10 9 10 10 9 10 10 10 10 10
Equivalencia	10 8 10 10 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	
Propuesta de cambio	Entiendo bien las razones por las que me han recetado cada uno de mis medicamentos.

4. Me gusta saber todo lo posible sobre mis medicinas.

Comprensibilidad	10 9 10 10 7 10 9 10 10 10
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ Referido al paciente, se ajusta más “tener información (buscar)” que “saber (estudiar)” todo lo posible. “Me gusta tener toda la información posible sobre los medicamentos que tengo prescritos” [5] ▪ “Me gusta saber todo lo posible sobre las medicinas que estoy tomando” [7] ▪ “Me gusta conocer lo mejor posible mis medicinas” [10]
Propuesta de cambio	Me gusta saber todo lo posible sobre los medicamentos que estoy tomando .

5. Si hay algo que no entiendo sobre mis medicinas, siempre pregunto al médico, al farmacéutico o a otro profesional sanitario.

Comprensibilidad	10 9 10 10 9 10 10 10 10 10
Equivalencia	9 9 10 8 9 10 9 10 9 -
Otros comentarios	▪ “siempre pregunto a mi médico” [7] [9]
Propuesta de cambio	Si hay algo que no entiendo sobre mis medicamentos siempre pregunto a mi médico/a, al farmacéutico/a o a otro profesional sanitario.

6. Sé exactamente qué medicinas estoy tomando en la actualidad, y/o tengo una lista actualizada de mis medicinas.

Comprensibilidad	6 9 10 8 9 10 10 7 10 10
Equivalencia	6 9 10 8 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ Eliminar “o” y dejar sólo “y” [1] ▪ “Sé exactamente lo que estoy tomando”[6] ▪ La afirmación contempla dos opciones: <i>Sé exactamente qué medicinas estoy tomando en la actualidad y tengo una lista actualizada de mis medicinas.</i> <i>Sé exactamente qué medicinas estoy tomando en la actualidad o tengo una lista actualizada de mis medicinas.</i> En ambos casos la afirmación es “tener la lista de medicinas”. En el primer caso sabe su tratamiento y en el segundo caso es la lista lo que le facilita la información. “Tengo una lista actualizada de mis medicinas y me ayuda a saber exactamente qué medicinas estoy tomando en la actualidad” [8]
Propuesta de cambio	Sé exactamente qué medicamentos estoy tomando en la actualidad o tengo una lista actualizada de mis medicamentos.

7. Si mi médico dijera que es posible, estaría dispuesto a dejar de tomar una o más de mis medicinas habituales.

Comprensibilidad	9 9 10 10 8 10 9 10 9 9
Equivalencia	9 9 10 10 9 10 9 10 9 -
Otros comentarios	▪ “Estaría dispuesto a dejar de tomar una o más de mis medicinas habituales si mi médico dijera que es posible” [1]

Propuesta de cambio	Estaría dispuesto a dejar de tomar uno o más de mis medicamentos habituales si mi médico/a dijera que es posible.
----------------------------	---

8. Creo que estoy tomando muchas medicinas.

Comprensibilidad	10 9 10 10 8 10 10 10 10 9
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	
Propuesta de cambio	Creo que estoy tomando muchos medicamentos.

9. Tomarme las medicinas todos los días es muy molesto.

Comprensibilidad	10 9 10 10 7 10 10 10 10 9
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ “Es muy molesto tomarme las medicinas todos los días” [1] ▪ “Molesto” puede asociarse a efectos secundarios o al nº de medicamentos. Acotar la pregunta: “Tomarme los medicamentos que tengo prescritos todos los días no se adapta a mi rutina” [5] ▪ “Tomarme las medicinas todos los días es incómodo” [10]
Propuesta de cambio	Es muy molesto tomarme los medicamentos todos los días.

10. Gasto mucho dinero en mis medicinas.

Comprensibilidad	10 9 10 10 8 10 10 10 10 10
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ Esta pregunta quizá no responda al mismo interés en el contexto español de un Sistema Nacional de Salud con coste parcial de medicamentos para el paciente. Podría suscitar suspicacias de “recortes” en pacientes/cuidadoras [3] ▪ Sustituir “gasto” por “pago” [5]

Propuesta de cambio	Gasto mucho dinero en mis medicamentos.
---------------------	---

11. A veces creo que tomo demasiadas medicinas.

Comprensibilidad	10 9 10 8 9 10 10 10 10 9
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	
Propuesta de cambio	A veces creo que tomo demasiados medicamentos.

12. Creo que mis medicinas son una carga para mí.

Comprensibilidad	10 9 8 7 7 10 9 10 10 7
Equivalencia	10 9 10 8 8 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ Ítem claro si “carga” se refiere a “molestia” o “incomodidad”. Si no, preguntar al autor [1] ▪ El término “carga” quizá resta algo de comprensibilidad. Tal vez un término más usual como “problema” aunque pierda literalidad la traducción [3] ▪ Aclarar el término “carga” [5] ▪ “Creo que las medicinas que estoy tomando son una carga para mí” [7] ▪ Dudas sobre el término “carga” [10]
Propuesta de cambio	Creo que mis medicamentos son una carga para mí.

13. Me gustaría probar a quitar una de mis medicinas para ver cómo me siento sin ella.

Comprensibilidad	8 9 10 10 8 9 10 8 10 6
Equivalencia	8 9 10 10 9 9 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ “Probar a quitar” no es correcto en español. Hay que decir “probar a quitarme” [1]

	▪ “Me gustaría dejar de tomar una de mis medicinas para ver cómo me siento sin ella” [8] ▪ “Quitar” para los gallegos a veces es parecido a “coger”, utilizar otro verbo [10]
Propuesta de cambio	Me gustaría dejar de tomar uno de mis medicamentos para ver cómo me siento sin él.

14. Me gustaría que mi médico redujera la dosis de una o más de mis medicinas.

Comprensibilidad	8 9 10 8 9 10 10 10 10 9
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ El subjuntivo de “reducir” no es fácil, mejor “me bajara la dosis” [1]
Propuesta de cambio	Me gustaría que mi médico/a me bajara la dosis de uno o más de mis medicamentos.

15. Creo que puedo estar tomando una o más medicinas que ya no necesito.

Comprensibilidad	10 9 10 8 8 10 9 10 9 7
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 9 10 9 -
Otros comentarios	▪ “Creo que puedo estar tomando alguna medicina de más o que ya no necesito” [7] [9] ▪ “Creo que tal vez ya no necesito una o más medicinas de las que estoy tomando” [10]
Propuesta de cambio	Creo que tal vez ya no necesito uno o más medicamentos de los que estoy tomando.

16. Creo que una o más de mis medicinas me pueden estar dando efectos secundarios actualmente.

Comprensibilidad	9 9 10 10 8 9 10 9 10 7
Equivalencia	9 9 10 10 8 9 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ “dar efectos secundarios” no es correcto en español, mejor: “me puede estar causando efectos secundarios en la actualidad” [1] ▪ “produciendo efectos adversos” [6]

	▪ “provocando efectos” [8] ▪ “Efectos secundarios” no es lo mismo que “efectos adversos”. Con mucha probabilidad esta pregunta sólo será positiva para el paciente cuando tenga efectos adversos, no necesariamente secundarios [10]
Propuesta de cambio	Creo que uno o más de mis medicamentos me pueden estar causando efectos secundarios en la actualidad.

17. Creo que una o más de mis medicinas puede que no estén funcionando.

Comprensibilidad	8 9 8 10 8 10 9 10 9 7
Equivalencia	8 9 10 10 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ “puede no estar funcionando” [1] ▪ “pueden no estar funcionando” [2] [6] ▪ “no son efectivas” [3] ▪ “Creo que una o más de mis medicinas no están funcionando” [7] [9] ▪ “Creo que una o más de mis medicinas puede que no tenga efecto beneficioso” [10]
Propuesta de cambio	Creo que uno o más de mis medicamentos podrían no estar funcionando.

18. He tenido una mala experiencia anteriormente al dejar una medicina.

Comprensibilidad	9 8 10 10 7 10 9 10 9 8
Equivalencia	9 9 10 10 7 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ “con anterioridad al dejar de tomar una medicina” [1] ▪ “al dejar de tomar” o “al interrumpir” [2] ▪ ¿Dejar voluntariamente o involuntariamente? Ejemplo: he tenido una mala experiencia anteriormente no cumpliendo exactamente el tratamiento prescrito [5] ▪ “Anteriormente, al dejar un medicamento, he tenido una mala experiencia” [6] ▪ “He tenido mala experiencia al dejar de tomar una de las medicinas” [7] [9] ▪ “He tenido una mala experiencia previamente al dejar de tomar una medicina” [8]

Propuesta de cambio	He tenido una mala experiencia anteriormente al dejar de tomar un medicamento.
----------------------------	---

19. Sería reacio a dejar de tomar una de las medicinas que llevo tomando mucho tiempo.

Comprensibilidad	8 9 10 10 6 10 10 10 10 8
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ Reacio implica un alto grado de formalidad. “Soy contrario a” [1] ▪ Cambiar “reacio” por “No estaría totalmente de acuerdo” [5] ▪ “que llevo tomando durante mucho tiempo” [6] ▪ Cambiar “reacio” por “No querría” [10]
Propuesta de cambio	Sería contrario/a dejar de tomar uno de los medicamentos que llevo tomando mucho tiempo.

20. Si me interrumpieran el tratamiento con una de mis medicinas, me preocuparía perderme beneficios de ella en el futuro.

Comprensibilidad	8 8 7 5 7 9 8 7 9 7
Equivalencia	8 9 10 10 9 9 7 10 7 -
Otros comentarios	▪ “Si me interrumpieran el tratamiento de una de mis medicinas, me preocuparía perderme el beneficio que podría obtener de ella en el futuro” [1] ▪ “perder sus beneficios futuros” o “perderme sus beneficios en el futuro” [2] ▪ Enunciado muy forzado en general [3] ▪ “me preocuparía perderme los beneficios que pudieran producirse en el futuro” [6] ▪ “Si interrumpiera una de mis medicinas, estaría preocupado por la pérdida de sus beneficios futuros” [7] [9] ▪ Frase compleja. Más habitual “de una” que “con una”. “Si dejara de tomar una de mis medicinas, me preocuparía perder sus beneficios en el futuro” [8] ▪ “Si me interrumpieran el tratamiento con una de mis medicinas, me preocuparía perderme sus beneficios en el futuro” [10]

Propuesta de cambio	Si dejara de tomar uno de mis medicamentos, me preocuparía perderme el beneficio que podría obtener de él en el futuro.
---------------------	---

21. Siempre que hay un cambio en mis medicinas, me estreso.

Comprensibilidad	9 9 10 8 7 9 9 10 9 7
Equivalencia	9 8 10 10 8 9 8 9 8 -
Otros comentarios	▪ “Siento estrés cuando se hace cualquier cambio en mis medicinas” [1] ▪ “Cada vez que hay un cambio” es más equivalente, aunque signifique casi lo mismo [2] ▪ No en todos los casos la situación puede ser de estrés. “Preocupación” o “incomodidad” podría aclarar más [5] ▪ “Me produce estrés siempre que me hacen cambios en los medicamentos que tomo” [6] ▪ “Me estreso cada vez que hay algún cambio en mis medicinas” [7] [9] ▪ “Me estreso siempre que hay cambios en mis medicinas” [8] ▪ Estresar suena patológico. “Siempre que hay un cambio en mis medicinas, me agobio/me preocupo” [10]
Propuesta de cambio	Me agobio cada vez que hay un cambio en mis medicamentos.

22. Si mi médico me recomendara dejar una de las medicinas que tomo, sería como si se diera por vencido.

Comprensibilidad	10 9 9 8 8 9 10 7 10 8
Equivalencia	10 8 9 10 9 8 9 9 9 -
Otros comentarios	▪ “sería para mí como si se diera por vencido” [1] ▪ Falta la connotación personal “darse por vencido en mi tratamiento” o “darse por vencido conmigo”. Es diferente a darse por vencido en la enfermedad [2] ▪ “sería como si me abandonara” [3] ▪ “Si mi médico me recomendara dejar de tomar alguno de los medicamentos que tomo, sentiría que se está rindiendo conmigo” [6] ▪ “Si mi médico me recomendara dejar una de las medicinas que tomo, sería como si se diera por vencido” [7] [9]

Propuesta de cambio	▪ “Si mi médico me recomendara dejar una de mis medicinas, sentiría que se da por vencido” [8] ▪ “Si mi médico me recomendara dejar una de las medicina que tomo, sería como si me abandonara (o sería como si se despreocupara de mí)”. Refleja mejor la impresión que tendría cualquier persona no profesional [10]
	Si mi médico/a me recomendara dejar uno de los medicamentos que tomo, sentiría que nos estamos dando por vencidos.

Comentarios transversales a todo el cuestionario

- Lenguaje inclusivo (médico/a, dispuesto/a, cambiar satisfecho por conforme por ejemplo) [1] [2] [3] [6] [7]. La versión original recoge los dos géneros “*he/she*” [3].
- Añadir a las instrucciones: “Marque la casilla **con una señal de visto ✓** para indicar...” [1].
- Cambiar “medicinas” por “medicamentos” [2] [4] [5] [6]. Duda entre las dos, medicinas más coloquial [10].

Anexo 10b. Valoración por grupo de expertos. Versión para cuidadores

Menor grado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mayor grado

- [1] Lingüista: Nereida Congost Maestre.
- [2] Experta en Salud Pública: Gloria Puertas Aznárez.
- [3] Médico de familia: Joaquín Hortal Carmona.
- [4] Farmacéutica de Atención Primaria: Nuria García-Agua Soler.
- [5] Farmacéutico hospitalario: Ramón A. Morillo Verdugo.
- [6] Farmacólogo: Josep María Castel Llobet.
- [7] Farmacólogo: Antonio J. García Ruiz.
- [8] Enfermera: Eloísa Fernández Fernández.
- [9] Médico especialista en Medicina Interna: Alberto de Dios Romero.
- [10] Farmacéutica de Atención Primaria y hospitalaria: Ana I. Rigueira García.

Análisis de los ítems

1. En general, estoy satisfecho las medicinas actuales de la persona a la que cuido.

Comprensibilidad	6 7 9 3 4 8 8 7 8 4
Equivalencia	6 7 10 5 9 8 8 10 8 -
Otros comentarios	▪ “En general, estoy satisfecho con las medicinas actuales de la persona a la que cuido” [1] [2] [3] [6] [10] ▪ Concretar con qué se está satisfecho (número, eficacia, posología). “En general, estoy satisfecho con la utilidad de los medicamentos que tiene prescritos la persona a la que cuido” [5] ▪ “con las medicinas que está tomando la persona que cuido” [7] [9] ▪ Expresión poco utilizada en castellano. “En general, estoy satisfecho con las medicinas que toma actualmente la persona a la que cuido” [8] ▪ “que actualmente recibe la persona a la que cuido” [10]
Propuesta de cambio	En general, estoy satisfecho con los medicamentos que toma actualmente la persona a la que cuido.

2. Me gusta que el médico de la persona a la que cuido me tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre sus medicinas.

Comprensibilidad	10 9 10 10 9 10 8 10 7 9
Equivalencia	10 9 10 8 9 10 7 10 9 -
Otros comentarios	▪ “el médico de la persona a la que cuido me involucre a la hora de tomar” [4] ▪ “Me gusta estar implicado en la toma de decisiones con los médicos sobre las medicinas que está tomando la persona que cuido” [7] [9]
Propuesta de cambio	Me gusta que el médico/a de la persona a la que cuido me tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre sus medicamentos.

3. Me gusta saber todo lo posible sobre las medicinas de la persona a la que cuido.

Comprensibilidad	9 9 10 10 9 10 9 10 8 9
Equivalencia	9 9 10 10 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ “sobre las medicinas que toma la persona a la que cuido” [1] ▪ Referido al cuidador, se ajusta más “tener información (buscar)” que “saber (estudiar)” todo lo posible. “Me gusta tener toda la información posible sobre los medicamentos que tiene prescritos la persona a la que cuido” [5] ▪ “Me gusta saber tanto como sea posible acerca de” [6] ▪ “Me gusta saber todo lo posible sobre las medicinas que está tomando la persona que cuido” [7] [9] ▪ “Me gusta tener la mayor información posible sobre las medicinas de la persona a la que cuido” [10]
Propuesta de cambio	Me gusta saber todo lo posible sobre los medicamentos que está tomando la persona a la que cuido.

4. Si hay algo que no entiendo sobre las medicinas de la persona a la que cuido, siempre pregunto al médico, al farmacéutico o a otro profesional sanitario.

Comprensibilidad	10 9 10 10 9 10 9 10 8 9
Equivalencia	9 9 10 10 9 10 10 10 10 -

Otros comentarios	▪ “Si hay algo que no entienda acerca de las medicinas que toma la persona a la que cuido” [7] [9]
Propuesta de cambio	Si hay algo que no entiendo sobre los medicamentos de la persona a la que cuido, siempre pregunto al médico/a, al farmacéutico/a o a otro profesional sanitario.

5. Sé exactamente qué medicinas está tomando la persona a la que cuido en la actualidad, y/o tengo una lista actualizada de sus medicinas.

Comprensibilidad	6 9 8 10 9 10 8 7 8 9
Equivalencia	6 9 8 8 9 10 10 10 10 -
Otros comentarios	▪ Eliminar “o” y dejar sólo “y” [1] ▪ “la actualidad” parece referido a “la persona a la que cuido” y no a las “medicinas”. “Sé exactamente qué medicinas está tomando en la actualidad la persona a la que cuido, y/o...” [3] ▪ “Sé exactamente la medicación que está tomando” [4] ▪ “Sé exactamente lo que está tomando” [6] ▪ “Sé exactamente qué medicinas está tomando la persona que estoy cuidando” [7] [9] ▪ La afirmación contempla dos opciones: <i>Sé exactamente qué medicinas está tomando la persona a la que cuido en la actualidad y tengo una lista actualizada de sus medicinas.</i> <i>Sé exactamente qué medicinas está tomando la persona a la que cuido en la actualidad o tengo una lista actualizada de sus medicinas.</i> En ambos casos la afirmación es “tener la lista de medicinas”. En el primer caso conoce el tratamiento y en el segundo caso es la lista lo que le facilita la información. “Tengo una lista actualizada de las medicinas que toma la persona a la que cuido y me ayuda a saber exactamente qué medicinas estoy tomando en la actualidad” [8]
Propuesta de cambio	Sé exactamente qué medicamentos está tomando en la actualidad la persona a la que cuido o tengo una lista actualizada de sus medicamentos.

6. Si su médico dijera que es posible, estaría dispuesto a interrumpir una o más de las medicinas de la persona a la que cuido.

Comprensibilidad	8 9 10 5 8 10 7 10 6 8
------------------	------------------------

Equivalencia	9 9 10 8 9 10 8 10 8 -
Otros comentarios	▪ No se interrumpen las medicinas sino la medicación, el tratamiento. “Estaría dispuesto/a a interrumpir la medicación de una o más de las medicinas habituales de la persona a la que cuido si su médico me dijera que es posible” [1] ▪ “Estaría dispuesto a interrumpir una o más de las medicinas de la persona que cuido, si su médico dijera que ello es posible” [7] [9] ▪ “Si su médico me explicara que es posible, estaría dispuesto a interrumpir una o más de las medicinas de la persona a la que cuido” [10]
Propuesta de cambio	Estaría dispuesto a interrumpir el tratamiento con uno o más de los medicamentos de la persona a la que cuido si su médico/a dijera que es posible.

7. Creo que la persona a la que cuido está tomando muchas medicinas.

Comprensibilidad	10 9 10 10 8 10 9 10 10 8
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 9 10 9 -
Otros comentarios	▪ “Creo que la persona que cuido está tomando muchas medicinas” [7] [9] ▪ Creo que es la traducción literal, y marca cierta diferencia con el ítem 9, que supongo que son ambas para valorar concordancia [10]
Propuesta de cambio	Creo que la persona a la que cuido está tomando muchos medicamentos.

8. Las medicinas de la persona a la que cuido son muy caras.

Comprensibilidad	10 9 10 10 7 10 9 10 10 10
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 9 10 9 -
Otros comentarios	▪ Esta pregunta quizá no responda al mismo interés en el contexto español de un Sistema Nacional de Salud con coste parcial de medicamentos para el paciente. Podría suscitar suspicacias de “recortes” en pacientes/cuidadoras [3] ▪ “la persona que cuido” [7] [9]

Propuesta de cambio	La persona a la que cuido gasta mucho dinero en medicamentos.
----------------------------	---

9. A veces creo que la persona a la que cuido toma demasiadas medicinas.

Comprensibilidad	10 9 10 6 9 10 10 10 10 7
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 9 10 9 -
Otros comentarios	▪ “Algunas veces”, “la persona que cuido” [7] [9] ▪ Despista un poco respecto al ítem 7 [10]
Propuesta de cambio	A veces creo que la persona a la que cuido toma demasiados medicamentos.

10. Creo que las medicinas de la persona a la que cuido son una carga para ella.

Comprensibilidad	10 9 9 5 - 10 9 10 10 6
Equivalencia	10 9 10 10 - 10 9 10 9 -
Otros comentarios	▪ Ítem claro si “carga” se refiere a “molestia” o “incomodidad”. Si no, preguntar al autor [1] ▪ La versión original está en plural: para ellos/as [2] ▪ El término “carga” quizá resta algo comprensibilidad. Tal vez un término más usual como “problema” aunque pierda literalidad la traducción [3] ▪ Aclarar el término “carga” [5] [10] ▪ “la persona que cuido” [7] [9]
Propuesta de cambio	Creo que los medicamentos de la persona a la que cuido son una carga para ella.

11. Me gustaría que el médico probara a quitar una de las medicinas que toma la persona a la que cuido para ver cómo se siente sin ella.

Comprensibilidad	9 9 10 10 9 10 10 10 10
Equivalencia	9 9 9 10 9 10 9 10 -
Otros comentarios	▪ “que el médico probara a quitarle una de las medicinas” [1]

	- La versión original está en plural [2] "they feel" parece implicar tanto a paciente como a médico/a porque usar el plural: "se sienten" [3] "la persona que cuido" [7] [9]
Propuesta de cambio	Me gustaría que el médico/a probara a quitarle uno de los medicamentos que toma la persona a la que cuido para ver cómo se siente sin él.

12. Me gustaría que el médico redujera la dosis de una o más de las medicinas que toma la persona a la que cuido.

Comprensibilidad	9 9 10 7 9 10 10 10 10
Equivalencia	10 9 10 7 9 10 10 10 -
Otros comentarios	- El subjuntivo de "reducir" no es fácil, mejor "bajara la dosis" [1] - Se puede quitar el "que toma" y sustituirlo por "de" [2] "que el médico redujera la cantidad de una o más de las medicinas" [4] "la persona que cuido" [7] [9]
Propuesta de cambio	Me gustaría que el médico/a bajara la dosis de uno o más de los medicamentos que toma la persona a la que cuido.

13. Creo que la persona a la que cuido puede estar tomando una o más medicinas que ya no necesita.

Comprensibilidad	10 9 10 10 9 10 10 10 10
Equivalencia	10 9 10 10 9 10 9 10 9 -
Otros comentarios	"la persona que cuido" [7] [9]
Propuesta de cambio	Creo que la persona a la que cuido puede estar tomando uno o más medicamentos que ya no necesita.

14. Creo que una o más de las medicinas de la persona a la que cuido le pueden estar dando efectos secundarios actualmente.

Comprensibilidad	9 9 10 6 9 10 10 9 10 7
Equivalencia	9 9 10 10 9 9 9 10 9 -

Otros comentarios	▪ “Creo que una o más de las medicinas que toma la persona a la que cuido le puede estar causando efectos secundarios en la actualidad” [1] ▪ Creo que una o más de las medicinas de la persona a la que cuido le pueden estar dando actualmente efectos secundarios [2] ▪ “produciéndole efectos adversos” [6] ▪ “la persona que cuido” [7] [9] ▪ “provocando efectos” [8] ▪ “Efectos secundarios” no es lo mismo que “efectos adversos”. Con mucha probabilidad esta pregunta sólo será positiva para el paciente cuando tenga efectos adversos, no necesariamente secundarios [10]
Propuesta de cambio	Creo que uno o más de los medicamentos que toma la persona a la que cuido le pueden estar causando efectos secundarios en la actualidad.

15. Creo que una o más de las medicinas de la persona a la que cuido puede que no estén funcionando.

Comprensibilidad	8 9 8 10 9 10 7 10 7 9
Equivalencia	8 9 10 10 9 9 9 10 9 -
Otros comentarios	▪ “Creo que una o más de las medicinas que toma la persona a la que cuido puede no estar funcionando” [1] [2] ▪ “no son efectivas” [3] ▪ “la persona que cuido” [7] ▪ “medicinas que está tomando la persona que cuido no están funcionando” [9] ▪ “Creo que una o más de las medicinas de la persona a la que cuido puede que no tenga efecto beneficioso” [10]
Propuesta de cambio	Creo que uno o más de los medicamentos que toma la persona a la que cuido podrían no estar funcionando.

16. La persona a la que cuido ha tenido una mala experiencia anteriormente al dejar una medicina.

Comprensibilidad	9 7 10 10 6 10 8 10 9 8
Equivalencia	9 9 10 10 9 9 9 10 9 -
Otros comentarios	▪ “con anterioridad al dejar de tomar una medicina” [1]

	▪ “anteriormente al dejar de tomar un medicamento” [2] ▪ ¿Dejar voluntariamente o involuntariamente? Ejemplo: ha tenido una mala experiencia anteriormente no cumpliendo exactamente el tratamiento prescrito [5] ▪ “La persona a la que cuido ha tenido, con anterioridad, una mala experiencia al dejar un medicamento” [6] ▪ “La persona que cuido ya ha tenido una mala experiencia al dejar de tomar una de las medicinas” [7] [9] ▪ “La persona a la que cuido ha tenido una mala experiencia previamente con una medicina que dejó de tomar” [8]
Propuesta de cambio	La persona a la que cuido ha tenido una mala experiencia anteriormente al dejar de tomar un medicamento.

17. Sería reacio a que la persona a la que cuido dejara de tomar una de las medicinas que lleva tomando mucho tiempo.

Comprensibilidad	8 9 10 10 6 9 9 10 9 7
Equivalencia	10 9 10 10 9 8 9 10 9 -
Otros comentarios	▪ Reacio implica un alto grado de formalidad. “Soy contrario a” [1] [7] ▪ La versión original está en plural [2] ▪ Cambiar “reacio” por “No estaría totalmente de acuerdo” [5] ▪ “Sería reacio a retirar alguno de los medicamentos que la persona a la que cuido haya estado tomando durante mucho tiempo” [6] ▪ “la persona que cuido” [9] ▪ Cambiar “reacio” por “No querría” [10]
Propuesta de cambio	Sería contrario/a a que la persona a la que cuido dejara de tomar uno de los medicamentos que lleva tomando mucho tiempo.

18. Siempre que hay un cambio en las medicinas de la persona a la que cuido, me estreso.

Comprensibilidad	9 9 10 8 7 10 9 10 9 7
Equivalencia	9 9 10 10 9 9 10 9 9 -
Otros comentarios	▪ “Siento estrés cuando se hace cualquier cambio en las medicinas de la persona a la que cuido” [1]

	▪ No en todos los casos la situación puede ser de estrés. “Preocupación” o “incomodidad” podría aclarar más [5] ▪ “Me produce estrés siempre que hay algún cambio en los medicamentos que toma la persona a la que cuido” [6] ▪ “Me estreso cada vez que hay algún cambio en alguna medicina de la persona que cuido” [7] [9] ▪ Uso más habitual en castellano y se ajusta a la original: “Me estreso siempre que hay cambios en las medicinas de la persona a la que cuido”. Si se puede sustituir la expresión “en las medicinas” por “en el tratamiento”, aún se adaptaría mejor a nuestra lengua. Quedaría del siguiente modo: “Me estreso siempre que hay cambios en el tratamiento de la persona a la que cuido” [8] ▪ Estresar suena patológico. “Siempre que hay un cambio en las medicinas de la persona a la que cuido, me agobio/me preocupo” [10]
Propuesta de cambio	Me agobio cada vez que hay un cambio en los medicamentos de la persona a la que cuido.

19. Si aceptara que la persona a la que cuido dejara una de sus medicinas, sería como darse por vencido.

Comprensibilidad	8 9 9 8 5 10 9 7 9 6
Equivalencia	8 9 9 10 9 10 9 9 9 -
Otros comentarios	▪ “Creo que si aceptara que la persona a la que cuido dejara de tomar una de sus medicinas, sería como si me diera por vencido/a” [1] ▪ “Siento que si aceptara [2] ▪ La versión original está en plural [2] ▪ “sería como abandonarla” [3] ▪ Ajustar más la traducción. ¿Quién se está dando por vencido: paciente, cuidador, médico que prescribe, sistema sanitario? [5] ▪ “la persona que cuido” [7] [9] ▪ Si aceptara que la persona (a la) que cuido dejara una de sus medicinas, sería como darme por vencido (abandonarla). Mejor “dejara” y “darme”, cuadra mejor en la frase. “a la” se puede omitir para dar fluidez a la frase. <i>Give up on someone/something</i> tiene las dos vertientes: perder la fe en alguien o abandonar un empeño [8] ▪ “Si aceptara que la persona a la que cuido dejara una de sus medicinas, sería como si la estuviera abandonando” [10]

Propuesta de cambio	Si aceptara que la persona a la que cuido dejara uno de sus medicamentos, sería como si nos diéramos por vencido.
----------------------------	--

Comentarios transversales a todo el cuestionario

- Lenguaje inclusivo (médico/a, dispuesto/a, cambiar satisfecho por conforme, por ejemplo) [1] [2] [3] [6] [7]. La versión original recoge los dos géneros “*he/she*” [3]. Versión de cuidador sólo en femenino [9].
- Añadir a las instrucciones: “Marque la casilla **con una señal de visto ✓** para indicar...” [1].
- Cambiar “medicinas” por “medicamentos” [2] [4] [5] [6]. Duda entre las dos, medicinas más globalizador y cotidiano [10].
- Se mantiene “cuidar a una persona” en lugar de “cuidar una persona” (Real Academia Española de la Lengua: cuidar algo o a alguien (260)).

Anexo 11a. Análisis de comentarios y propuestas. Fase de pilotaje. Versión para pacientes

Análisis de los ítems

1. En general, estoy satisfecho/a con los medicamentos que tomo actualmente.

Sin cambios propuestos.

2. Me gusta que mi médico/a me tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre mis medicamentos.

Sin cambios propuestos.

3. Entiendo bien las razones por las que me han recetado cada uno de mis medicamentos.

Sin cambios propuestos.

4. Me gusta saber todo lo posible sobre los medicamentos que estoy tomando.

Se preguntó qué es “todo lo posible”.

5. Si hay algo que no entiendo sobre mis medicamentos, siempre pregunto a mi médico/a, al farmacéutico/a o a otro profesional sanitario.

Se preguntó acerca de la posibilidad de contestar una de las tres opciones, aunque al interrogar se comprobó que el ítem se entiende correctamente.

6. Sé exactamente qué medicamentos estoy tomando en la actualidad o tengo una lista actualizada de mis medicamentos.

Algunos sujetos pensaron que es necesario elegir entre una opción u otra. Se decide mantener el ítem por la similitud con la versión original.

7. Estaría dispuesto a dejar de tomar uno o más de mis medicamentos habituales si mi médico/a dijera que es posible.

Se sugirió invertir el orden de la oración condicional: *“Si mi médico/a dijera que es posible, estaría dispuesto a dejar de tomar uno o más de mis medicamentos habituales”*. Este cambio de orden, anteponiendo la supervisión del médico, coincidió con los comentarios de la mayoría de los sujetos entrevistados, que incidieron en que la respuesta a cada uno de los ítems estaba condicionada al acuerdo del médico.

“Dejar de tomar” se puede entender como una sustitución o como una retirada.

Propuesta de cambio: Si mi médico/a dijera que es posible, estaría dispuesto a dejar de tomar uno o más de mis medicamentos habituales.

8. Creo que estoy tomando muchos medicamentos.

Algunos sujetos no sabían qué opción marcar si quieren responder que toman “una cantidad normal de medicamentos”. Algunos sujetos lo entendieron igual que el ítem 11.

9. Es muy molesto tomarme los medicamentos todos los días.

En la versión original se emplea “mi” en lugar de “los”.

Propuesta de cambio: Es muy molesto tomarme mis medicamentos todos los días.

10. Gasto mucho dinero en mis medicamentos.

Algunos sujetos lo interpretaron en relación al porcentaje que pagaban por sus medicamentos en lugar de la cantidad total que pagan por los mismos.

11. A veces creo que tomo demasiados medicamentos.

Algunos sujetos lo entendieron igual que el ítem 8.

12. Creo que mis medicamentos son una carga para mí.

Se preguntó a los sujetos sobre el concepto “carga de la medicación”. Se entendió adecuadamente. Dificultad para encajar la respuesta en alguna de las cinco categorías porque la respuesta a esta pregunta puede ser sí/no.

13. Me gustaría dejar de tomar uno de mis medicamentos para ver cómo me siento sin él.

Dificultad para encajar la respuesta en alguna de las cinco categorías porque la respuesta a esta pregunta puede ser sí/no.

14. Me gustaría que mi médico/a me bajara la dosis de uno o más de mis medicamentos.

Dificultad para encajar la respuesta en alguna de las cinco categorías porque la respuesta a esta pregunta puede ser sí/no.

15. Creo que tal vez ya no necesito uno o más medicamentos de los que estoy tomando.

Algunos sujetos lo interpretaron como retirar de la receta electrónica medicamentos que están prescritos pero que no están tomando (que equivaldría a actualizar la medicación que el paciente

toma en la receta electrónica), en lugar de retirar fármacos que el paciente sí está tomando, concepto al que se refiere este ítem.

“Tal vez” se interpreta como redundante, ya que el grado de seguridad en la respuesta se especifica en la opción elegida en la escala de Likert.

Propuesta de cambio: Creo que ya no necesito uno o más de los medicamentos que estoy tomando.

16. Creo que uno o más de mis medicamentos me puede estar causando efectos secundarios en la actualidad.

Se decidió, según las recomendaciones del Diccionario panhispánico de dudas (Real Academia Española de la Lengua), emplear el tiempo verbal plural para las oraciones del cuestionario cuyo sujeto consista en dos elementos unidos por una conjunción disyuntiva (261).

Propuesta de cambio: Creo que uno o más de mis medicamentos me pueden estar causando efectos secundarios en la actualidad.

17. Creo que uno o más de mis medicamentos podrían no estar funcionando.

No se entendió bien el concepto “no estar funcionando”. En la entrevista se propuso cambiar por “hacer efecto”, con una mejoría discreta en la comprensión. Dado que supone un cambio sustancial en la redacción de la pregunta, se consultó a EGM y FLF, investigadores de las fases anteriores, para acordar el cambio.

Propuesta de cambio: Creo que uno o más de mis medicamentos podrían no estar haciéndome efecto.

18. He tenido una mala experiencia anteriormente al dejar de tomar un medicamento.

Algún sujeto sugirió cambiar “anteriormente” por “antes” para mejorar su comprensión. Dificultad para encajar la respuesta en alguna de las cinco categorías porque la respuesta a esta pregunta puede ser sí/no.

19. Sería contrario/a a dejar de tomar uno de los medicamentos que llevo tomando mucho tiempo.

Difícil de contestar por la doble negación. En la fase de consolidación se propuso “No estaría totalmente de acuerdo” y “No querría”, pero ambos implican igualmente doble negación; y “Sería reacio”, pero se descartó por la formalidad que implica y el escaso uso de la palabra. Se sugiere “Me negaría” para evitar el “No”, aunque persiste la doble negación.

En el pilotaje se propuso “Se me haría difícil” o “Me costaría” (que no aparecieron en la fase de consolidación), y se entendía algo mejor.

Dado que supone un cambio sustancial en la redacción de la pregunta, se consultó a EGM y FLF, investigadores de las fases anteriores, para acordar el cambio. De entre las opciones barajadas se

decidió “Me negaría” por la mejor comprensibilidad para los pacientes en el pilotaje, sin perder la detección de una “barrera” a la retirada de fármacos.

Propuesta de cambio: Me negaría a dejar de tomar uno de los medicamentos que llevo tomando mucho tiempo.

20. Si dejara de tomar uno de mis medicamentos, me preocuparía perderme el beneficio que podría obtener de él en el futuro.

Se preguntó quién da la orden de dejar de tomar el medicamento.

21. Me agobia cada vez que hay un cambio en mis medicamentos.

Sin cambios propuestos.

22. Si mi médico/a me recomendara dejar uno de los medicamentos que tomo, sentiría que nos estamos dando por vencidos.

Ítem difícil de comprender. Algunos sujetos propusieron cambiar por “sentiría que nos estamos rindiendo” o “sentiría como si nos estuviéramos rindiendo” (esta última con mayor similitud en el tiempo verbal al cuestionario original) para mejorar su comprensión.

Dado que supone un cambio sustancial en la redacción de la pregunta, se consultó a EGM y FLF, investigadores de las fases anteriores para acordar el cambio.

Propuesta de cambio: Si mi médico/a me recomendara dejar uno de los medicamentos que tomo, sentiría como si nos estuviéramos rindiendo.

Comentarios generales

Diferentes respuestas hacían referencia a la responsabilidad de médico de familia en cuanto a la respuesta de las preguntas (“Lo que diga mi médico/a”). Se sugirió añadir, en el párrafo de instrucciones, alguna nota que insistiera en que el cuestionario busca saber la opinión específica del paciente o del cuidador.

En relación a las distintas opciones de respuesta de la escala de Likert (*Completamente de acuerdo, De acuerdo, No estoy seguro, En desacuerdo, Completamente en desacuerdo*), la opción central “No estoy seguro” no se consideró una opción intermedia, sino más bien el equivalente a “No sabe/no contesta”, que en este cuestionario equivaldría a dejar en blanco la pregunta, tal y como se explica en el párrafo de instrucciones. Se sugirió sustituirla por “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”. También se sugirió el cambio “Completamente” por “Totalmente”, por el mayor uso de este término en las escalas de Likert.

Propuesta de cambio: “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Totalmente en desacuerdo”.

Igualmente en relación al formato, se sugirió incluir las diferentes opciones de respuesta también en la segunda página.

Una recomendación que se sugirió en el pilotaje fue acompañar las opciones de respuesta de la primera fila con ilustraciones que reflejasen el nivel de acuerdo o de desacuerdo. Esto supondría una modificación sustancial del cuestionario original, que no se apoya en este tipo de herramientas. La elección de la ilustración es compleja por dos motivos: la respuesta en sentido de acuerdo o en sentido en desacuerdo no siempre se corresponde con un aspecto positivo o negativo de los factores que exploran el cuestionario. Por tanto, no se podrían emplear ilustraciones que indicasen satisfacción o bienestar. En segundo lugar, no es posible asignar una escala diferente para cada ítem, de forma similar, por ejemplo, a los cuestionarios COOP/WONCA (262).

En general, el cuestionario fue bien comprendido y el objetivo del mismo fue percibido como claro. Algunos sujetos mencionaron que se hace largo y a partir de la respuesta 12 aproximadamente prestan menos atención a las preguntas. Algunos sujetos declararon que tenían la impresión de que varias preguntas eran iguales.

Anexo 11b. Análisis de comentarios y propuestas. Fase de pilotaje. Versión para cuidadores

Análisis de los ítems

1. En general, estoy satisfecho con los medicamentos que toma actualmente la persona a la que cuido.

Sin cambios propuestos.

2. Me gusta que el médico/a de la persona a la que cuido me tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre sus medicamentos.

Sin cambios propuestos.

3. Me gusta saber todo lo posible sobre los medicamentos que está tomando la persona a la que cuido.

Sin cambios propuestos.

4. Si hay algo que no entiendo sobre los medicamentos de la persona a la que cuido, siempre pregunto al médico/a, al farmacéutico/a o a otro profesional sanitario.

Sin cambios propuestos.

5. Sé exactamente qué medicamentos está tomando en la actualidad la persona a la que cuido o tengo una lista actualizada de sus medicamentos.

Algunos sujetos pensaron que es necesario elegir entre una opción u otra. Se decidió mantener el ítem por la similitud con la versión original.

6. Estaría dispuesto a interrumpir el tratamiento con uno o más de los medicamentos de la persona a la que cuido si su médico/a dijera que es posible.

Algunos sujetos recalcaron que sólo si el médico dijera que es posible. Situación similar al ítem 7 de la versión para pacientes.

Propuesta de cambio: Si su médico dijera que es posible, estaría dispuesto a interrumpir el tratamiento con uno o más de los medicamentos de la persona a la que cuido.

7. Creo que la persona a la que cuido está tomando muchos medicamentos.

Algunos sujetos lo entienden igual que el ítem 9.

8. La persona a la que cuido gasta mucho dinero en medicamentos.

Algunos sujetos se preguntaron si los productos sanitarios también estaban incluidos en la pregunta.

9. A veces creo que la persona a la que cuido toma demasiados medicamentos.

Algunos sujetos lo entendieron igual que el ítem 7.

10. Creo que los medicamentos de la persona a la que cuido son una carga para ella.

Algunos sujetos se preguntaron si “ella” se refiere al paciente o al cuidador.

11. Me gustaría que el médico/a probara a quitarle uno de los medicamentos que toma la persona a la que cuido para ver cómo se siente sin él.

Dificultad para encajar la respuesta en alguna de las cinco categorías porque la respuesta a esta pregunta puede ser sí/no.

12. Me gustaría que el médico/a bajara la dosis de uno o más de los medicamentos que toma la persona a la que cuido.

Dificultad para encajar la respuesta en alguna de las cinco categorías porque la respuesta a esta pregunta puede ser sí/no.

13. Creo que la persona a la que cuido puede estar tomando uno o más medicamentos que ya no necesita.

Dificultad para encajar la respuesta en alguna de las cinco categorías porque la respuesta a esta pregunta puede ser sí/no.

14. Creo que uno o más de los medicamentos que toma la persona a la que cuido le pueden estar causando efectos secundarios en la actualidad.

Algún sujeto declaró entender mejor “en estos momentos” que “en la actualidad”.

15. Creo que uno o más de los medicamentos que toma la persona a la que cuido podría no estar funcionando.

No se entendió bien el concepto “no estar funcionando”. En la entrevista se propuso cambiar por “hacer efecto”, con una mejoría discreta en la comprensión. El tiempo verbal es “podrían”.

Dado que supone un cambio sustancial en la redacción de la pregunta, se consultó a EGM y FLF, investigadores de las fases anteriores, para acordar el cambio.

Propuesta de cambio: Creo que uno o más de los medicamentos que toma la persona a la que cuido podrían no estar haciéndole efecto.

16. La persona a la que cuido ha tenido una mala experiencia anteriormente al dejar de tomar un medicamento.

Sin cambios propuestos.

17. Sería contrario/a a que la persona a la que cuido dejara de tomar uno de los medicamentos que lleva tomando mucho tiempo.

Difícil de interpretar la doble negación. En la fase de consolidación se propuso “No estaría totalmente de acuerdo” y “No querría”, pero ambos implican igualmente doble negación. También se propuso “Sería reacio”, pero se descartó por la formalidad que implica y el escaso uso de la palabra. Se sugiere “Me negaría” por evitar el “no”, aunque persiste la doble negación.

No se menciona si el hecho de dejar de tomar el medicamento es por recomendación del médico o por iniciativa propia.

En el pilotaje se propuso “Se me haría difícil” o “Me costaría” (que no aparecieron en la fase de consolidación), y se entendía algo mejor.

Dado que supone un cambio sustancial en la redacción de la pregunta, se consultó a EGM y FLF, investigadores de las fases anteriores, para acordar el cambio. De entre las opciones barajadas se decidió “Me negaría” por la mejor comprensibilidad para los pacientes en el pilotaje, sin perder la detección de una “barrera” a la retirada de fármacos.

Propuesta de cambio: Me negaría a que la persona a la que cuido dejara de tomar uno de los medicamentos que lleva tomando mucho tiempo.

18. Me agobia cada vez que hay un cambio en los medicamentos de la persona a la que cuido.

Sin cambios propuestos.

19. Si aceptara que la persona a la que cuido dejara uno de sus medicamentos, sería como si nos diéramos por vencido.

Ítem difícil de comprender. Algunos sujetos propusieron cambiar por “sentiría que nos estamos rindiendo” o “sentiría como si nos estuviéramos rindiendo” (esta última con mayor similitud en el tiempo verbal al cuestionario original) para mejorar su comprensión. También se propuso “ya no tiene remedio” o “como si tiráramos la toalla”.

Dado que suponía un cambio sustancial en la redacción de la pregunta, se consultó a EGM y FLF, investigadores de las fases anteriores, para acordar el cambio.

Propuesta de cambio: Si aceptara que la persona a la que cuido dejara uno de sus medicamentos, sentiría como si nos estuviéramos rindiendo.

Comentarios generales

Además de los comentarios incluidos en la versión para pacientes, que afectan al formato en general del cuestionario, algún sujeto sugirió cambiar “la persona a la que cuido” por el nombre de la persona que recibía los cuidados. Aunque se trata de una opción más personalizada y que reduciría la extensión de las oraciones (se podría sustituir “de la persona a la que cuido” por “de nombre”), es poco viable porque habría que personalizar el cuestionario uno a uno.

Anexo 12a. Versión española del cuestionario rPATD. Versión para pacientes

Fuente: esta es una versión traducida del *revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire* con permiso de los autores: *Reeve, Emily, et al. Development and validation of the revised patients' attitudes towards deprescribing (rPATD) questionnaire: versions for older adults and caregivers. Drugs & aging 33.12 (2016): 913-928.*

Versión traducida al español por: De Juan Roldán JI, Castillo Jimena M, González Hevilla A, Sánchez Sánchez C, García Ruiz AJ, Gavilán Moral E. Fecha de la traducción: enero 2020.

La versión española del cuestionario rPATD puede ser usada libremente para investigación sin fines comerciales con permiso de los autores (email a: dejuanroldan@gmail.com). No modificar, adaptar o traducir sin permiso.

La referencia al artículo de validación de la versión española del cuestionario rPATD así como al artículo de validación original debe ser citada en todos los trabajos:

De Juan-Roldán JI, Castillo-Jimena M, González-Hevilla A, Sánchez-Sánchez C, García-Ruiz AJ, Gavilán Moral E. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of a Spanish version of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire. BMJ Open. 2022.

Reeve, E., Low, L. F., Shakib, S., & Hilmer, S. N. (2016). Development and Validation of the Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) Questionnaire: Versions for Older Adults and Caregivers. Drugs & Aging, 33(12), 913-928

Actitudes de los pacientes hacia la deprescripción (cuestionario rPATD). Versión en castellano

Este cuestionario no tiene respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, marque la casilla con una cruz **X** para indicar hasta qué punto está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Si hay alguna pregunta a la que no puede responder o cree que no es su caso, por favor, sáltesela y pase a la siguiente pregunta.

En el caso de las preguntas que hagan referencia a su médico/a, piense en el médico/a que le receta la mayoría de sus medicamentos.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho/a con los medicamentos que tomo actualmente.					
2. Me gusta que mi médico/a me tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre mis medicamentos.					
3. Entiendo bien las razones por las que me han recetado cada uno de mis medicamentos.					
4. Me gusta saber todo lo posible sobre los medicamentos que estoy tomando.					
5. Si hay algo que no entiendo sobre mis medicamentos, siempre pregunto a mi médico/a, al farmacéutico/a o a otro profesional sanitario.					
6. Sé exactamente qué medicamentos estoy tomando en la actualidad o tengo una lista actualizada de mis medicamentos.					
7. Si mi médico/a dijera que es posible, estaría dispuesto a dejar de tomar uno o más de mis medicamentos habituales.					
8. Creo que estoy tomando muchos medicamentos.					
9. Es muy molesto tomarme mis medicamentos todos los días.					

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
10. Gasto mucho dinero en mis medicamentos.					
11. A veces creo que tomo demasiados medicamentos.					
12. Creo que mis medicamentos son una carga para mí.					
13. Me gustaría dejar de tomar uno de mis medicamentos para ver cómo me siento sin él.					
14. Me gustaría que mi médico/a me bajara la dosis de uno o más de mis medicamentos.					
15. Creo que ya no necesito uno o más de los medicamentos que estoy tomando.					
16. Creo que uno o más de mis medicamentos me pueden estar causando efectos secundarios en la actualidad.					
17. Creo que uno o más de mis medicamentos podrían no estar haciéndome efecto.					
18. He tenido una mala experiencia anteriormente al dejar de tomar un medicamento.					
19. Me negaría a dejar de tomar uno de los medicamentos que llevo tomando mucho tiempo.					
20. Si dejara de tomar uno de mis medicamentos, me preocuparía perderme el beneficio que podría obtener de él en el futuro.					
21. Me agobio cada vez que hay un cambio en mis medicamentos.					
22. Si mi médico/a me recomendara dejar uno de los medicamentos que tomo, sentiría como si nos estuviéramos rindiendo.					

Muchas gracias por completar el cuestionario.

Anexo 12b. Versión española del cuestionario rPATD. Versión para cuidadores

Fuente: esta es una versión traducida del revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire con permiso de los autores: Reeve, Emily, et al. Development and validation of the revised patients' attitudes towards deprescribing (rPATD) questionnaire: versions for older adults and caregivers. *Drugs & aging* 33.12 (2016): 913-928.

Versión traducida al español por: De Juan Roldán JI, Castillo Jimena M, González Hevilla A, Sánchez Sánchez C, García Ruiz AJ, Gavilán Moral E. Fecha de la traducción: enero 2020.

La versión española del cuestionario rPATD puede ser usada libremente para investigación sin fines comerciales con permiso de los autores (email a: dejuanroldan@gmail.com). No modificar, adaptar o traducir sin permiso.

La referencia al artículo de validación de la versión española del cuestionario rPATD así como al artículo de validación original debe ser citada en todos los trabajos:

De Juan-Roldán JI, Castillo-Jimena M, González-Hevilla A, Sánchez-Sánchez C, García-Ruiz AJ, Gavilán Moral E. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of a Spanish version of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire. *BMJ Open*. 2022.

Reeve, E., Low, L. F., Shakib, S., & Hilmer, S. N. (2016). Development and Validation of the Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) Questionnaire: Versions for Older Adults and Caregivers. *Drugs & Aging*, 33(12), 913-92.

Actitudes de los cuidadores hacia la deprescripción (cuestionario rPATD). Versión en castellano

Este cuestionario no tiene respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, marque la casilla con una cruz **X** para indicar hasta qué punto está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Si hay alguna pregunta a la que no puede responder o cree que no es su caso, por favor, sáltesela y pase a la siguiente pregunta.

En el caso de las preguntas que hagan referencia al médico/a de la persona a la que cuida, piense en el médico/a que le receta la mayoría de sus medicamentos.

	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
1. En general, estoy satisfecho con los medicamentos que toma actualmente la persona a la que cuido.					
2. Me gusta que el médico/a de la persona a la que cuido me tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre sus medicamentos.					
3. Me gusta saber todo lo posible sobre los medicamentos que está tomando la persona a la que cuido.					
4. Si hay algo que no entiendo sobre los medicamentos de la persona a la que cuido, siempre pregunto al médico/a, al farmacéutico/a o a otro profesional sanitario.					
5. Sé exactamente qué medicamentos está tomando en la actualidad la persona a la que cuido o tengo una lista actualizada de sus medicamentos.					
6. Si su médico/a dijera que es posible, estaría dispuesto a interrumpir el tratamiento con uno o más de los medicamentos de la persona a la que cuido.					
7. Creo que la persona a la que cuido está tomando muchos medicamentos.					
8. La persona a la que cuido gasta mucho dinero en medicamentos.					

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
9. A veces creo que la persona a la que cuido toma demasiados medicamentos.					
10. Creo que los medicamentos de la persona a la que cuido son una carga para ella.					
11. Me gustaría que el médico/a probara a quitarle uno de los medicamentos que toma la persona a la que cuido para ver cómo se siente sin él.					
12. Me gustaría que el médico/a bajara la dosis de uno o más de los medicamentos que toma la persona a la que cuido.					
13. Creo que la persona a la que cuido puede estar tomando uno o más medicamentos que ya no necesita.					
14. Creo que uno o más de los medicamentos que toma la persona a la que cuido le pueden estar causando efectos secundarios en la actualidad.					
15. Creo que uno o más de los medicamentos que toma la persona a la que cuido podrían no estar haciéndole efecto.					
16. La persona a la que cuido ha tenido una mala experiencia anteriormente al dejar de tomar un medicamento.					
17. Me negaría a que la persona a la que cuido dejara de tomar uno de los medicamentos que lleva tomando mucho tiempo.					
18. Me agobio cada vez que hay un cambio en los medicamentos de la persona a la que cuido.					
19. Si aceptara que la persona a la que cuido dejara uno de sus medicamentos, sentiría como si nos estuviéramos rindiendo.					

Muchas gracias por completar el cuestionario.

Anexo 13. Actividad científica que avala la tesis doctoral

Publicaciones en revistas científicas indexadas

▪ De Juan-Roldán JI, Gavilán-Moral E, Leiva-Fernández F, García-Ruiz AJ. Validación al castellano del cuestionario revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción. Protocolo de investigación. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2021;56(4):218-24.

Factor de impacto: FI (2020) SJR 0.206 (Q4 - Medicine (miscellaneous)).

▪ De Juan-Roldán JI, Castillo-Jimena M, González-Hevilla A, Sánchez-Sánchez C, García-Ruiz AJ, Gavilán Moral E. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of a Spanish version of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire. BMJ Open. 2022;12:e050678.

Factor de impacto: FI (2020) JCR 2.692 (Q2 - Medicine, General & Internal) / SJR 1.132 (Q1 - Medicine (miscellaneous)).

Capítulos de libros

▪ Molina Pérez de los Cobos E, De Juan Roldán JI, Gavilán Moral E. Desprescrição de medicamentos na atenção primária à saúde. En: Gusso G, Ceratti Lopez JM, Chaves Dias L, editores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Princípios, Formação e Prática, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda; 2019. p. 919-929. ISBN 978-85-8271-535-2.

Publicaciones en otras revistas científicas

▪ De Juan Roldán JI. Deprescripción de medicamentos a través de la toma de decisiones compartida. Gestión clínica y sanitaria. 2017;19(2):79.

Comunicaciones científicas a congresos

XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). Madrid, 2017.

- De Juan Roldán JI, Gavilán Moral E. Estudio de validación al castellano del cuestionario Patients' Attitudes Towards Deprescribing (PATD) para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción.

XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). Barcelona, 2018.

- De Juan Roldán JI, Castillo Jimena M, Gavilán Moral E. Actitudes de los pacientes hacia la deprescripción de medicamentos según el cuestionario revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD).

23rd WONCA Europe Conference. Cracovia (Polonia), 2018.

- De Juan Roldán JI, Gavilán Moral E. Validation into Spanish of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) Questionnaire. Research protocol.

XXXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). Málaga, 2019.

- De Juan Roldán JI, Flores Montañés MM, Franquelo Hidalgo B. Evaluación de la calidad en la asistencia a pacientes polimedicados de un centro de salud urbano.

XL Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC). Valencia, 2020.

- De Juan Roldán JI, Castillo Jimena M, González Hevilla A, Sánchez Sánchez, Gavilán Moral E. Validación cualitativa al castellano del cuestionario Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción.