



ORIGINAL

Adaptación transcultural y validación del cuestionario PG-13 para la detección precoz de duelo prolongado



Patricia Estevan¹, Cristina del Miguel², Holly G. Prigerson³, Jesús Ángel García García⁴, Isabel del Cura⁵ y el Grupo de Estudios de Duelo Prolongado (GEDUPROL)*

¹CS José María Llanos, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España. ²Equipo de Soporte Atención Paliativa Domicilio Espronceda, Dirección Asistencial Centro, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España. ³Weill Cornell Medical College, Cornell University, Nueva York, EE. UU. ⁴CS Kuetto, Osakidetza, Sestao (Vizcaya), España. ⁵Unidad de apoyo a la Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

Recibido el 24 de mayo de 2017

Aceptado el 03 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE

Duelo, pruebas psicológicas, diagnóstico, clasificación internacional de enfermedades.

Resumen

Objetivo: Adaptar y validar al castellano el cuestionario PG-13.

Diseño: Fase 1. Adaptación transcultural de cuestionarios. Fase 2: Validación de pruebas diagnósticas.

Emplazamiento: Atención primaria, equipo de soporte a la atención domiciliar paliativa y tres hospitales de cuidados paliativos de Madrid.

Participantes:

Fase 1. Tres traductores inglés-castellano, tres traductores castellano-inglés. Comité multidisciplinar: Tres psicólogos, médica y enfermera de cuidados paliativos, médica de atención primaria.

*Borja Múgica (Fundación Vía Norte. Hospital Centro de Cuidados Laguna. Madrid), Esther Martín (Unidad de Cuidados Paliativos. Fundación Jiménez Díaz. Madrid), Roberto Álvarez (Fundación Instituto San José. Madrid), Ana Riestra (Equipo de Soporte Atención Paliativa Domicilio Espronceda. Dirección Asistencial Centro. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), Aranzazu Gutiérrez (Equipo de Soporte Atención Paliativa Domicilio Espronceda. Dirección Asistencial Centro. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), Lara Sanz (Equipo de Soporte Atención Paliativa Domicilio Espronceda. Dirección Asistencial Centro. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), Fernando Vicente (Equipo de Soporte Atención Paliativa Domicilio Espronceda. Dirección Asistencial Centro. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), Gema García (Equipo de Soporte Atención Paliativa Domicilio Espronceda. Dirección Asistencial Centro. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), Isabel Mace (CS Maqueda. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), Francisco Javier García (CS Lavapiés. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), Rhut Cristóbal (CS Paseo Imperial. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), Amparo Corral (Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Servicio Madrileño de Salud), Vanessa Bonivento (CS Lavapiés. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), José Antonio Guechoum (CS Lavapiés. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), María Carrera Lavín (CS Pacífico. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), María Jesús López (CS Lavapiés. Madrid. Servicio Madrileño de Salud), Cristina Morán (Equipo Soporte Atención Paliativa Domiciliaria. Dirección Asistencial Norte. Servicio Madrileño de Salud).

*Autor para correspondencia

Correo electrónico: patricia.estevan@salud.madrid.org (Patricia Estevan Burdeus).

DOI: [10.1016/j.medipa.2016.09.003](https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.09.003)

1134-248X/© 2018 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Fase 2: Se ofreció participar a 330 personas mayores de edad que habían sufrido una pérdida hace más de seis meses pero menos de 18, elegidos por muestreo no probabilístico. Rechazaron 23, respuesta incompleta 7, participantes 299.

Método: Fase 1. Traducción-retrotraducción del cuestionario. Elaboración de versión inicial, estudio piloto y elaboración de la versión definitiva.

Fase 2. Estudio de fiabilidad test-retest ($n = 26$) repitiendo el cuestionario siete días después de la primera entrevista y calculando el coeficiente kappa. Fiabilidad de la escala mediante el alfa de Cronbach. Validez lógica y de contenido mediante comité multidisciplinar. Validez de constructo: análisis factorial y asociación de DP con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Episodio Depresivo Mayor (EDM), apoyo social percibido de Duke, presencia de DP medido con Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) usando coeficiente phi de Pearson. Validez de criterio mediante comparación con entrevista clínica estandarizada ($n = 84$).

Resultados: Fiabilidad test-retest: Kappa = 1. Consistencia interna: Alfa de Cronbach = 0,9183. Validez de constructo: Correlación significativa de DP con TAG, EDM, DP medido con ITRD y apoyo social percibido bajo. En el análisis factorial dos ítems explicaron el 62,4 % de varianza. Prevalencia DP: 7,04 %. Validez de criterio: Al comparar diagnóstico de DP con entrevista clínica con PG-13: Sensibilidad 50 %, Especificidad 94,29 %, VPP 63,64 %, VPN 90,41 %, RVP 8,75, RVN 0,53.

Conclusiones: El cuestionario PG-13 es una herramienta apta para el cribado de DP.

KEY WORDS

Grief, psychological tests, diagnosis, international classification of diseases.

Abstract

Objectives: This study aims to make the cross-cultural adaptation of the PG-13 and to study the validity and reliability of the Spanish version.

Design: Phase 1: Cross-cultural adaptation. Phase 2: Study of validity and reliability of this test.

Location: Primary Care service, Home palliative care service and three Hospices.

Participants:

Phase 1. Three English-Spanish translators, three Spanish-English translators. Panel of experts: Three Psychologists, one doctor and nurse from a home palliative care team and one primary care doctor.

Phase 2: We invited 330 adults who had lost a loved person for more than 6 months but less than 18 months to participate, chosen with consecutive sampling. Decline to participate = 23, missing data = 7, participants 299.

Methods:

Phase 1: Translation and back-translation to obtain a first draft. Pilot study and corrections to elaborate the final version.

Phase 2: Intraobserver reliability study: 26 subjects repeated the questionnaire 7 days after the first evaluation, kappa coefficient was calculated. Cronbach's alpha was used to measure the reliability of the scale. Logic validity and content was studied by a panel of experts. Construct validity was studied by factorial analysis and Pearson's Phi association of results of PG-13 test with General Anxiety Disorder (GAD), Mayor Depressive Disorder (MDD), Duke's Social Perceived Support, and PG measured by Texas Revised Inventory of Grief (TRIG). Criterion validity was studied using standardized clinical interview ($n = 84$).

Results: Intraobserver reliability study: Kappa=1. Cronbach's alpha = 0,9183. Statistical correlation was demonstrated between PG measured by PG-13 and GAD, MDD, low perceived social support and PG measured with TRIG. Factorial analysis showed that two items explained 62,4 % of variance. PG prevalence was 7,04 %. Comparing PG-13 questionnaire versus standardized clinical interview: Sensitivity 50 %, Specificity 94,29 %, Positive predictive value 63,64 %, Negative predictive value 90,41 %, Positive likelihood ratio 8,75, Negative likelihood ratio 0,53.

Conclusion: PG-13 questionnaire is a suitable tool for PG screening.

Introducción

Según la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe¹ (1967), la muerte de un ser querido es el acontecimiento más estresante en la vida de una persona. Al conjunto de reacciones adaptativas físicas y emocionales que desencadena la pérdida lo denominamos duelo. El duelo es una experiencia universal pero única, un proceso complejo de duración e intensidad variables que es superado por el 90-95 % de las personas que lo padecen en uno o dos años².

Se sabe que el duelo aumenta las probabilidades de sufrir un gran número de enfermedades físicas³, mentales⁴ e incluso de morir⁵. La mayor incidencia de morbilidad y mortalidad, incluyendo un aumento del riesgo de suicidio⁶, se concentra en los primeros meses tras la pérdida⁷ y en aquellos sujetos cuya sintomatología inicial persiste, a veces durante años, con los mismos niveles de intensidad.

Existen diversas denominaciones para denominar al duelo que no evoluciona satisfactoriamente: duelo prolongado, patológico, traumático o complicado^{5,6}, sin que haya habido un consenso hasta el momento actual. Para unificar la terminología y seguir las recomendaciones más actuales⁸ utilizaremos el término de duelo prolongado (DP).

El síntoma más característico del DP es el anhelo intenso por el fallecido, síntoma no presente en el episodio depresivo mayor (EDM), ni en el trastorno por ansiedad generalizada (TAG), donde sí encontramos tristeza profunda o nerviosismo intenso, respectivamente. En el DP encontramos, además, dificultad para aceptar la pérdida, sensación de vacío, dificultad para confiar en otros, intenso dolor emocional o pensamientos de incapacidad para afrontar la vida, y se acompaña de un deterioro funcional significativo⁹.

El DP responde escasamente a las psicoterapias para la depresión o el trastorno por ansiedad, pero se ha demostrado que las terapias específicas de duelo sí mejoran la sintomatología del mismo^{10,11}. Algunos ensayos con fármacos como nortriptilina, paroxetina¹² o escitalopram¹³ han demostrado una discreta efectividad.

Hasta hace apenas unos años no se había considerado al DP como un trastorno psiquiátrico. Solo se mencionaba en la guía DSM-IV como criterio de exclusión en el EDM el haber sufrido una pérdida en los dos meses previos¹⁴.

En las últimas décadas se han elaborado diversos cuestionarios para el cribado de DP como el Bereavement Risk Index de Parkes y Weiss¹⁵ (Cuestionario de Riesgo de Duelo¹⁶) y otros para el diagnóstico como el Texas Revised Inventory of Grief¹⁷ (Inventario Texas de Duelo Revisado [ITDR])¹⁸, el Grief Experience Inventory¹⁹ (Inventario de Experiencias en Duelo) y el Inventory of Complicated Grief (ICG)²⁰ (Inventario de Duelo Complicado [IDC])²¹.

El cuestionario Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) fue elaborado por un panel internacional de expertos en duelo para su inclusión en las guías de práctica clínica DSM V y CIE 11. Se basó en el ICG que tiene 35 ítems y se realizó un nuevo trabajo de campo para establecer qué ítems tenían más peso en el diagnóstico. Con los resultados se elaboró el algoritmo diagnóstico de Trastorno por Duelo Prolongado y el cuestionario PG-13²².

Dos grupos realizaron estudios en dolientes para la validación de los criterios definitivos de duelo prolongado, el de la Dra. Shear²³ y el de la Dra. Prigerson²². La diferencia

principal entre ambos es el criterio tiempo para el diagnóstico de DP, 12 meses en el caso del primero y seis meses en el segundo. Debido a la falta de consenso, en este criterio la comisión del DSM decidió que no entraría en el grueso de los diagnósticos sino que pasaría al capítulo de "necesita más investigación"²⁴ con el nombre de "Persistent complex bereavement disorder" (PCBD). Sin embargo, la comisión encargada de coordinar la CIE-11 aceptó la propuesta y lo incluirá dentro de los trastornos adaptativos, admitiendo el intervalo entre 6 y 12 meses para su diagnóstico²⁵. El PCBD y el DP han demostrado ser entidades diagnósticas muy similares con una concordancia elevada (Kappa 0,80-0,84) y una especificidad muy parecida (95-98 %) ²⁶.

El objetivo de este estudio es realizar la adaptación transcultural a la lengua castellana y estudiar la validez y la fiabilidad de la versión española del cuestionario PG-13.

Material y métodos

Diseño

El trabajo se diseñó como un estudio multicéntrico de validación de pruebas diagnósticas. Se desarrolló en dos fases con metodologías diferenciadas:

- Fase 1. Adaptación transcultural, mediante el método de Traducción-retrotraducción (Figura 1).
- Fase 2. Validación del cuestionario, mediante el estudio de fiabilidad intraobservador, el estudio de validez lógica, de contenido, de constructo y de criterio.

Instrumento

El PG-13 es un cuestionario diseñado para detectar duelo prolongado en personas que han perdido a un ser querido hace seis o más meses. Es autoadministrado y se cumplimenta en 10 minutos aproximadamente. Está compuesto por 13 ítems agrupados en cinco criterios, que definen el DP. El primero es la pérdida de un ser querido; el segundo, síntomas de ansiedad intensa por separación (2 ítems); el tercero, duración mayor de seis meses; el cuarto, síntomas cognitivos, emocionales o conductuales (9 ítems); y el quinto, deterioro funcional. Los criterios primero, tercero y quinto tienen una respuesta dicotómica (sí/no). Los ítems de los criterios segundo y cuarto se valoran por una escala tipo Likert de cinco respuestas (de 1 a 5), donde 1 significa ausencia de ese síntoma y 5 la mayor de las intensidades.

Para considerar que un paciente presenta DP necesita cumplir los cinco criterios: pérdida de un ser querido, síntomas de ansiedad por separación (puntuar 4 o 5 en ambos ítems), puntuaciones 4 o 5 en cinco de los nueve ítems sobre síntomas cognitivos, emocionales o conductuales y presentar deterioro funcional. Todos estos síntomas deben estar presentes desde hace seis o más meses tras la pérdida.

El cuestionario original presenta una sensibilidad de 95 %, una especificidad del 95 %, un Valor Predictivo Positivo (VPP) del 94 % y un Valor Predictivo Negativo (VPN) del 96%¹ frente a la entrevista clínica estandarizada diseñada por la autora del cuestionario. Ha sido adaptado al portugués²⁷, al serbio²⁸, al italiano²⁹ y al ruandés³⁰.

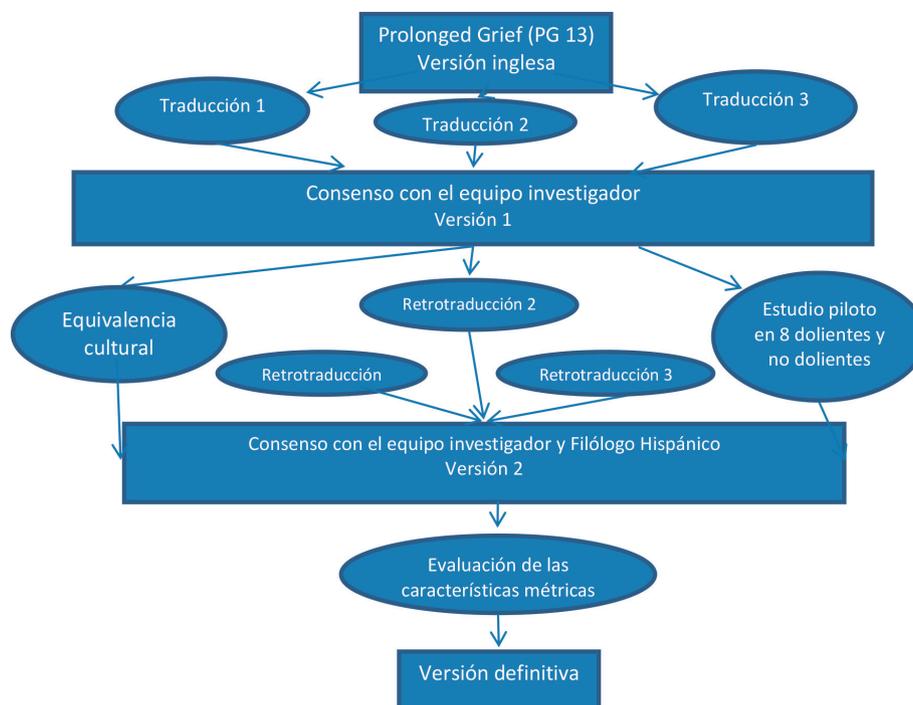


Figura 1 Fase 1. Método traducción-retrotraducción.

Fase 1. Adaptación transcultural

Traducción al castellano.

Se realizaron dos traducciones del PG-13 original de inglés americano al castellano y se utilizó también otra traducción previa realizada por otro grupo de investigación³¹. Se creó un comité multidisciplinar con la misión de elaborar una versión preliminar en castellano. Dicho comité estuvo compuesto por tres psicólogos expertos en duelo, una enfermera y una médica pertenecientes a una unidad de soporte a la atención domiciliar de enfermos paliativos (ESADP) y una médica de familia.

Esta versión inicial en castellano se probó en ocho personas que habían perdido a un ser querido hacía más de seis meses pero menos de 18, y en otras ocho que hacía más de cinco años que no habían sufrido ninguna pérdida³². Con sus aportaciones se realizó una nueva versión, que fue revisada por una madre en duelo, presidenta de una asociación de autoayuda en duelo, y corregida estilísticamente por dos filólogos hispánicos, para confeccionarse la versión definitiva en castellano que fue traducida de nuevo al inglés por dos traductores y un filólogo hispánico, todos norteamericanos. Las tres versiones, junto con la española, se enviaron a la autora, que consideró que se había adaptado correctamente al español el cuestionario original.

Fase 2. Validación del cuestionario

Material y métodos.

Se incluyó a personas mayores de edad que habían perdido a un ser querido hacía más de seis meses y menos de 18, seleccionados mediante muestreo no probabilístico en dos

centros de salud de atención primaria, un ESADP y tres hospitales de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid.

El cuestionario PG-13 tiene una sensibilidad y especificidad del 95 % en su versión original, si consideramos una prevalencia estimada de duelo prolongado del 15 %, con una precisión del 5 % y un nivel de confianza del 95 %, el tamaño de la muestra calculado fue de 487 dolientes.

Se excluyó a personas con ideación suicida en el momento del estudio, consumo de drogas vía parenteral, retraso mental o deterioro cognitivo moderado o severo, esquizofrenia, trastorno bipolar y dificultades sensoriales graves para la administración de los cuestionarios. El consentimiento informado se recogió previamente a la inclusión de los dolientes en el estudio. Se recogieron variables sociodemográficas de los pacientes que declinaron participar en el estudio.

En el momento de la inclusión en el estudio se recogieron las variables sociodemográficas, edad y sexo tanto del fallecido como del doliente. De este último se estudió mediante una entrevista semiestructurada la presencia de TAG y de EDM con los criterios DSM-IV. Los datos de calidad de vida medida por el cuestionario SF-12, el apoyo social percibido mediante el cuestionario Duke y el tipo de duelo medido con los cuestionarios PG-13 e ITDR se recogieron mediante un cuestionario autoadministrado. Los pacientes captados por los psicólogos realizaron una entrevista clínica estructurada para el diagnóstico clínico de duelo prolongado previa a la recogida del resto de los datos.

Se estudió la fiabilidad test retest repitiendo el cuestionario a 26 pacientes entre siete y diez días después de realizar la primera entrevista, y se calculó el coeficiente kappa. La fiabilidad de la escala, la coherencia interna de las respuestas, se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Para el estudio de validez lógica y de contenido se constituyó un grupo de expertos, formado por tres psicólogos y una médica de atención primaria, todos ellos con amplia experiencia clínica con dolientes y formación en salud mental.

La validez de constructo se estudió mediante análisis cualitativo, comprobando que el contenido de la escala era concordante con el concepto teórico de la enfermedad y comparable con otros instrumentos que miden el mismo atributo mediante la asociación de los resultados del cuestionario PG-13 con los cuestionarios ITDR, SF-12, Apoyo social de Dukes, con la presencia de TAG y EDM mediante el coeficiente phi de Pearson. Además se realizó el análisis factorial, con extracción de factores por el método de componentes principales y una rotación posterior por el método ortogonal Varimax. Se evaluó la adecuación del análisis factorial mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Se calculó la validez de criterio mediante la entrevista clínica estandarizada realizada por los psicólogos para diagnosticar duelo prolongado como patrón de referencia. Esta entrevista se basó en el modelo entrevista estructurada utilizada en el trabajo de validación de este cuestionario²². Para estudiar la validez de criterio se determinaron: sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y cocientes de probabilidad, con sus correspondientes IC del 95 %.

Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS versión 22.0 y Epidat.

Consideraciones éticas y legales

Se obtuvo el permiso de la Dra. Holly Prigerson, autora principal del cuestionario PG-13, para adaptarlo al castellano.

Se contempló la normativa española para el desarrollo de investigación biomédica. El estudio ha respetado los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia y su desarrollo siguió las normas de Buena

Práctica Clínica, los principios enunciados en la Declaración de Helsinki (Fortaleza, Brasil, 2013), el Convenio de Oviedo (1997) y la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El protocolo de este estudio fue autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico San Carlos y por la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Aquellos dolientes que presentaron mayor estrés y malestar durante la entrevista, aun sin saber el resultado de los resultados de los cuestionarios, se les ofreció la derivación a terapia específica de duelo.

Resultados

Fase 1. Adaptación transcultural

En el proceso de adaptación aparecieron dificultades en la traducción de algunos términos (Tabla I). Se cambió el formato de las preguntas de la 5 a la 12, que originalmente estaban dentro de una tabla (Anexo 1). Se decidió eliminar la tabla y escribir las cinco posibilidades de respuesta bajo cada pregunta. La versión definitiva se muestra en el Anexo 2.

Fase 2. Validación del cuestionario

Se ofreció participar a 329 dolientes de los cuales finalmente aceptaron, firmaron el consentimiento informado y realizaron la entrevista completa 299 (Figura 2). Se encontraron diferencias significativas entre la población de estudio y el grupo que rechazó participar en el número de personas con las que convivía el doliente: 2,3 en el grupo que aceptó participar frente a 0,8 personas en el grupo que rechazó ($p < 0,01$), y en el sexo del fallecido, mayoritariamente

Tabla I. Términos difíciles de traducir

Término	Traducción propuesta	Traducción definitiva
Longing	Echar mucho de menos	Ha deseado de forma intensa que él/ella estuviera con usted
Yearning for	Necesitar la compañía de su ser querido	Ha recordado su ausencia con una enorme y profunda tristeza
Emocional pain	Dolor emocional	Sufrimiento emocional
Pangs of grief	"Punzadas" de aflicción	Punzadas de dolor
Stunned	Sorprendido, confuso	Confuso/a
Shocked	Conmovido, aturcido	Aturdido/a
Dazed	Conmocionado, anonadado, aturcido	Paralizado/a
Emotionally numb	Emocionalmente bloqueado, emocionalmente frío o insensible	Emocionalmente bloqueado/a
Areas of functioning	Áreas importantes de funcionamiento	Áreas importantes de su vida

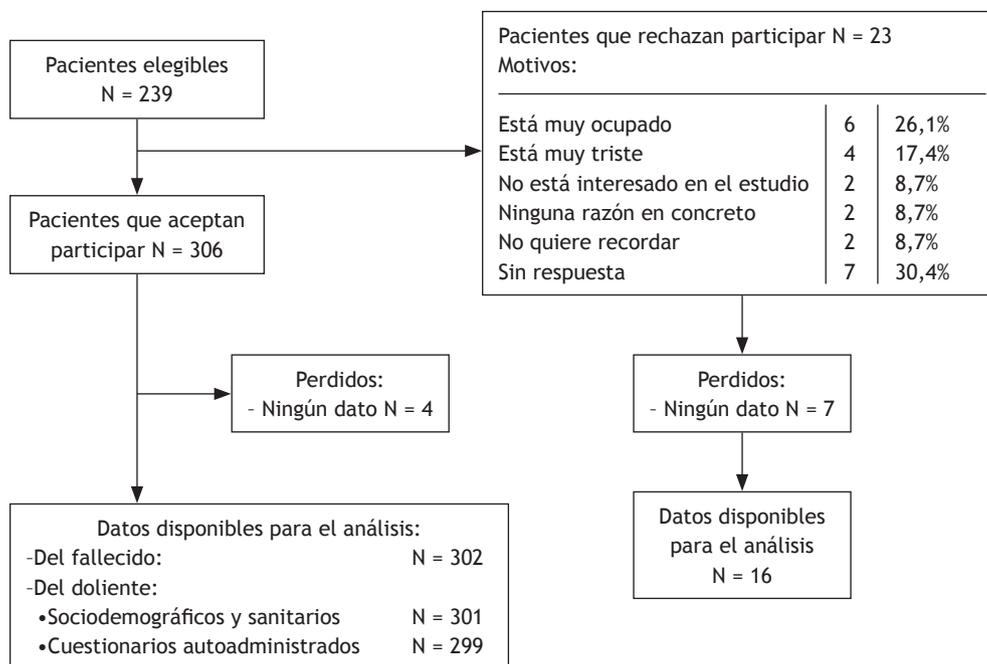


Figura 2 Diagrama de flujo de participación.

masculino, 87,5 % en el grupo que no participó frente 53,6 %, en el grupo que sí lo hizo ($p < 0,05$).

Los datos sociodemográficos más relevantes de los dolientes se muestran en la [Tabla II](#), y una descripción más detallada de la muestra ha sido publicada recientemente³³.

Los fallecidos fueron varones en un 57,1 % de los casos, con una media de edad de 70,9 (17,6) años. El 49,7 % de los fallecimientos se produjeron por neoplasias, seguidos por enfermedades del aparato circulatorio, un 15,6 %, del aparato respiratorio, un 11,6 % y de las causas externas de mortalidad, un 6,6 %.

Utilizando el cuestionario PG-13, se clasificó como duelo prolongado a un 7,02 % (IC 95 %: 4,4-10,05, $p < 0,001$) de los pacientes.

El comité creado para investigar la validez de contenido consideró que el cuestionario tenía una secuencia lógica y que contenía todos los aspectos del duelo prolongado necesarios para detectarlo.

En el estudio de la fiabilidad test-retest se obtuvo un coeficiente Kappa de 1, el máximo posible.

Para la fiabilidad de la escala o consistencia interna el alfa de Cronbach de los ítems que componen el cuestionario PG-13 fue de 0,9183. En la [Tabla III](#) se muestran los valores del alfa de Cronbach al ir eliminando los ítems de uno en uno, todos mayores de 0,90.

En cuanto a la validez de constructo, tanto en el análisis univariable como en el estudio mediante la phi de Pearson la presencia de duelo prolongado con los criterios del cuestionario PG-13 se asoció de manera significativa con la presencia de TAG, EDM, apoyo social percibido bajo y presencia de duelo prolongado medido mediante el cuestionario ITRD ($p < 0,01$) ([Tabla IV](#)).

Para el análisis factorial se sometieron las respuestas de los 13 ítems al análisis de componentes principales con rotación Varimax. Se tomaron como referencia saturaciones mayores de 0,9, que denotan una elevada consistencia interna. En el análisis factorial de la escala se obtuvieron dos ítems que explicaban el 62,4 % de la varianza. Ambos se relacionaban con la intensidad de la ansiedad de separación del fallecido, que es el factor distintivo del duelo prolongado.

La validez de criterio se realizó en los 84 dolientes entrevistados por los psicólogos mediante entrevista clínica estandarizada elaborada por el comité interdisciplinar. Al comparar los resultados del PG-13 con el resultado de esta entrevista, se obtuvieron los resultados mostrados en la [Tabla V](#), y en la [Tabla VI](#) se muestran los índices de validez interna del cuestionario.

El PG-13 en su versión en española frente a la entrevista clínica estandarizada presenta una sensibilidad del 50 % (IC 95 % 20,24-79,76) y una especificidad 94,29 % (IC 95 % 88,13-100,00), el test descartaría DP de forma clara en aquello con resultado negativo y obligaría en los positivos a confirmar el diagnóstico por un especialista de la salud mental.

El VPP es de 63,64 % (IC 95 % 30,66-96,61), esto es, dos de cada tres resultados positivos del PG-13 se corresponden con duelo prolongado y el VPN es de un 90,41 % (IC 95 % 82,97-97,85), es decir, que nueve de cada diez resultados negativos en el PG-13 se corresponden con un duelo normal.

La razón de verosimilitud positiva nos dice que un doliente con un resultado positivo en el PG-13 tiene 8,75 más posibilidades de tener un DP que antes de realizar la prueba.

Tabla II. Características sociodemográficas de la población a estudio

	Total (n = 299)
Sexo (%)	70,9
- Mujeres	29,1
- Hombres	
Edad (años) Media (DE)	53,5 (17,2)
Parentesco con fallecido (%)	79,6
- Primer grado	20,04
- Segundo, tercer grado y no familiar	
Tiempo transcurrido desde el fallecimiento (meses) Media (DE)	10,4 (3,6)
Número de hijos Media (DE)	1,3(1,2)
Número de adultos en el domicilio Media (DE)	2,1 (1,6)
Número de menores de 14 años en el domicilio Media (DE)	0,26 (0,6)
Nivel educativo (%)	75,1
- Medio y alto	24,9
- Bajo o analfabeto	
Profesión/Ocupación (%)	
- Directores, técnicos y científicos	42,5
- Profesionales de apoyo y empleados de oficina	18,4
- Empleados de los servicios de restauración, vendedores y explotaciones agropecuarias	12,7
- Trabajadores cualificados de industrias manufactureras, operarios de maquinaria y ocupaciones elementales	26,4
Situación laboral (%)	
- Trabaja	49,5
- No trabaja	50,5
Ingresos mensuales familiares promedio Media (DE)	2149,03 (1196,4)

Tabla III. Análisis de fiabilidad del cuestionario PG-13

Ítem eliminado	Alfa de Cronbach
1	0,9123
2	0,9077
3	0,9165
4	0,9181
5	0,9074
6	0,9074
7	0,9089
8	0,9154
9	0,911
10	0,9094
11	0,9077
12	0,9138
13	0,9192

Discusión

En la adaptación transcultural del cuestionario PG-13 se ha utilizado la metodología traducción-retrotraducción propuesta por Guillermin³⁴. Esta metodología ha sido utilizada en numerosos estudios como la adaptación al castellano del cuestionario de Pfeiffer y Yesavage, ambos de Martínez de la Iglesia y cols.^{35,36} o el Vecú et Sante perçue de l'adolescente (VSP-A), de Serra-Sutton y cols.³⁷, siendo la técnica más contrastada³⁸ y que proporciona mejores resultados.

Tras el desarrollo del estudio piloto se incorporaron las sugerencias de los participantes, lo que ha permitido recoger la realidad de la situación explorada en el contexto al que se destina, mejorando la versión original con las opiniones de los destinatarios^{37,39}.

La fiabilidad del cuestionario es muy elevada. En la fiabilidad test-retest encontramos un coeficiente Kappa de 1, que es el máximo posible. Y en la evaluación de la consistencia interna, el coeficiente alfa de Cronbach fue muy favorable.

Entre las limitaciones del estudio, cabe comentar que solo se pudo realizar la entrevista clínica a los dolientes que

Tabla IV. Presencia de trastorno por ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor, apoyo social percibido y clasificación del Inventario Texas revisado de Duelo, según la presencia o no de duelo prolongado medido por el cuestionario PG-13

	Total (n = 299)	Duelo normal (n = 278)	Duelo prolongado (n = 21)	p-valor
Trastorno por Ansiedad Generalizada (%)	1,7	0,4	19	< 0,01
Episodio Depresivo Mayor (%)	9,4	6,5	47,6	< 0,01
Apoyo social percibido Bajo. Cuestionario Duke (%)	6	4,3	28,6	< 0,01
Inventario Texas Revisado sobre Duelo (%):				
- Duelo resuelto	9,7	10,4	0	0,24
- Duelo inhibido	38,8	41,7	0	< 0,01
- Duelo retrasado	13,4	14,4	0	0,89
- Duelo prolongado	38,1	33,5	100	< 0,01

Tabla V. Distribución de los valores del cuestionario PG-13 frente al resultado de entrevista clínica

Cuestionario PG-13	Entrevista clínica		Total
	Diagnóstico Duelo prolongado	Diagnóstico Duelo normal	
Cumple criterios	7	4	11
No cumple criterios	7	66	73
Total	14	70	84

Tabla VI. Índices de validez interna del cuestionario PG-13 frente a la entrevista clínica estandarizada

	Valor	IC (95%)
Sensibilidad (%)	50,00	20,24-79,76
Especificidad (%)	94,29	88,13-100,00
Valor predictivo positivo (%)	63,64	30,66-96,61
Valor predictivo negativo (%)	90,41	82,97-97,85
Razón de verosimilitud positiva	8,75	2,95-25,93
Razón de verosimilitud negativa	0,53	0,31-0,90

fueron captados por los psicólogos. Para evitar el sesgo de sospecha diagnóstica, esta se realizó antes de la cumplimentación del cuestionario. Dado que no se pudo disponer de la entrevista utilizada en la validación del cuestionario original, el grupo de investigación elaboró una propia basándose en los criterios propuestos para el diagnóstico de DP. Además la prevalencia de DP fue la mitad de lo esperado, probablemente debido a las características de la muestra: buen nivel económico, edad del fallecido elevada, pocas muertes violentas y suicidios.

Aumentar el número de participantes ayudaría a definir con mayor precisión el intervalo de confianza en que se encuentran los valores de sensibilidad y especificidad de la prueba y daría mayor consistencia a los resultados.

Aun con estas limitaciones, podemos afirmar que la versión española del cuestionario PG-13 es una prueba apta para el cribado, con una buena especificidad, VPP y RVP. En caso de obtener un resultado positivo, precisaría en todo caso una valoración psicológica o psiquiátrica, tanto para confirmar como para descartar el diagnóstico.

No hemos podido contrastar estos datos con las otras adaptaciones del PG-13 al italiano, portugués, kosovar ni la

lengua Kinyaruanda de Ruanda. En ninguno de estos estudios han calculado la validez de criterio del cuestionario frente a una entrevista clínica estandarizada u otro patrón oro.

Agradecimientos

Joaquín Limonero, Nereida Congost, Ascensión Moreno, Guillermo Andrés Fernández, Ángel Guinda, Ian Roberts, Eric Calderwood, Adrienne Smith, Alejandro Crocker, Beatriz Aragón y David Sucunza.

Fuente de financiación del trabajo

El trabajo es parte del proyecto financiado con Fondos de Investigación en Salud en la convocatoria 2012 PI12/00952 "Adaptación transcultural y validación del cuestionario Prolonged grief PG-13 para la detección precoz de duelo prolongado" y Patricia Estevan ha recibido la beca Isabel Fernández de la SEMFyC de ayuda a la realización de tesis doctorales en la edición 2012.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tienen relación financiera ni personal con otras personas ni organizaciones que pudieran dar lugar a un conflicto de intereses en relación con este artículo que les remitimos para su publicación.

Otra información relevante

Un resumen del mismo fue presentado en el XI Congreso Internacional de la SECPAL de 2016 en Sevilla con referencia CO04 y titulado igual "Adaptación transcultural y validación del cuestionario Prolonged Grief (PG-13) para la detección precoz del duelo prolongado".

Anexo 1. Versión original del cuestionario pg-13

Prolonged Grief Disorder (PG-13)[©]

Holly G. Prigerson, Ph.D., Paul K. Maciejewski, Ph.D.

PGD is a newly defined syndrome that is a specific reaction to the loss of someone loved very much. There are a particular set of PGD symptoms -feelings, thoughts, actions- that must be elevated at 6 months post-loss and that must be associated with significant functional impairment in order for a person to meet criteria for PGD.

Instructions

Below lie instructions for how to score (diagnose) Prolonged Grief Disorder (PGD). Each of the requirements for Criteria A-E must be met for an individual to be diagnosed with PGD.

- A. *Event Criterion:* In order to complete the PG-13, we assume the respondent has experienced bereavement (i.e., the loss of a loved person).
- B. *Separation Distress:* The respondent must experience PG-13 questions #1 or 2 at least daily.
- C. *Duration Criterion:* The symptoms of separation distress must be elevated at least 6 months after the loss. That is, PG-13 question #3 must be answered as "Yes".
- D. *Cognitive, Emotional, and Behavioral Symptoms:* The respondent must experience 5 of the PG-13 questions #4-12 at least "once a day" or "quite a bit".
- E. *Impairment Criterion:* The respondent must have significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning (e.g., domestic responsibilities). That is, PG-13 question #13 must be answered as "Yes".

PG-13 is a diagnostic tool. If a respondent meets criteria for PGD, this would suggest that he or she should seek a more thorough evaluation from a mental health professional. Only an in-person assessment by a mental health professional can determine for certain, the clinical significance of the reported symptoms, and provide recommendations or referrals for treatment.

[©]Not to be reproduced without the permission of the authors.

Part I. Instructions: for each item, place a check mark to indicate your answer

1. In the past month, how often have you felt yourself longing or yearning for the person you lost?

- 1 = Not at all
- 2 = At least once
- 3 = At least once a week
- 4 = At least once a day
- 5 = Several times a day

2. In the past month, how often have you had intense feelings of emotional pain, sorrow, or pangs of grief related to the lost relationship?

- 1 = Not at all
- 2 = At least once
- 3 = At least once a week
- 4 = At least once a day
- 5 = Several times a day

3. For questions 1 or 2 above, have you experienced either of these symptoms at least daily and after 6 months have elapsed since the loss?

- No
- Yes

(Continúa en la página siguiente).

Part I (Cont.). Instructions: for each item, place a check mark to indicate your answer.

4. In the past month, how often have you tried to avoid reminders that the person you lost is gone?

- 1 = Not at all
 2 = At least once
 3 = At least once a week
 4 = At least once a day
 5 = Several times a day

5. In the past month, how often have you felt stunned, shocked, or dazed by your loss?

- 1 = Not at all
 2 = At least once
 3 = At least once a week
 4 = At least once a day
 5 = Several times a day

Part II. Instructions: for each item, please indicate how you currently feel. circle the number to the right to indicate your answer

	Not at all	Slightly	Somewhat	Quite a bit	Overwhelmingly
6. Do you feel confused about your role in life or feel like you don't know who you are (i.e., feeling that a part of yourself has died)?	1	2	3	4	5
7. Have you had trouble accepting the loss?	1	2	3	4	5
8. Has it been hard for you to trust others since your loss?	1	2	3	4	5
9. Do you feel bitter over your loss?	1	2	3	4	5
10. Do you feel that moving on (e.g., making new friends, pursuing new interests) would be difficult for you now?	1	2	3	4	5
11. Do you feel emotionally numb since your loss?	1	2	3	4	5
12. Do you feel that life is unfulfilling, empty, or meaningless since your loss?	1	2	3	4	5

Part III. Instructions: for each item, place a check mark to indicate your answer.

13. Have you experienced a significant reduction in social, occupational, or other important areas of functioning (e.g., domestic responsibilities)?

- No
 Yes

Anexo 2. Versión española del cuestionario PG-13

Hoja para el profesional

Trastorno por duelo prolongado (PG - 13)

El trastorno por duelo prolongado es un síndrome que recientemente se ha definido como una reacción específica frente a la pérdida de un ser querido. Se trata de un conjunto particular de síntomas (sentimientos, pensamientos, conductas) que persisten durante al menos seis meses tras la pérdida, y deben asociarse a un deterioro funcional significativo para cumplir con los criterios de trastorno por duelo prolongado.

Instrucciones

A continuación se presentan las instrucciones para valorar los criterios diagnósticos del trastorno por duelo prolongado. Todos los criterios de la A a la E deben estar presentes para diagnosticar a un individuo de trastorno por duelo prolongado.

- A. *Pérdida de un ser querido.* Para cumplimentar el PG-13 se asume que la persona ha sufrido la muerte de un ser querido.
- B. *Ansiedad por separación.* Las preguntas 1 y 2 debe haberlas respondido con una puntuación de 4 o 5.
- C. *Duración sintomática.* Los síntomas de ansiedad por separación deben estar presentes seis meses o más después del fallecimiento del ser querido. En la pregunta número 3 debe haber contestado "Sí".
- D. *Síntomas cognitivos, emocionales y conductuales.* En 5 preguntas de la 4 a la 12 debe haber respondido con una puntuación de 4 o 5.
- E. *Deterioro funcional.* La persona en duelo debe presentar un deterioro significativo en su funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes de su vida (por ejemplo, en sus obligaciones domésticas). En la pregunta número 13 debe haber contestado "Sí".

El cuestionario PG-13 es una herramienta diagnóstica. Si un encuestado cumple con los criterios de trastorno por duelo prolongado, se recomienda una evaluación más exhaustiva por parte de un profesional de la salud mental. Solamente este, a través de una entrevista personal, puede determinar con certeza la importancia clínica de los síntomas presentados y realizar recomendaciones terapéuticas.

HOJAS PARA LA PERSONA ENTREVISTADA

Parte I. Instrucciones: en las siguientes preguntas, marque, por favor, con una 'x' la respuesta que mejor describa su situación

-
1. En el último mes, ¿cuántas veces ha deseado de forma intensa que él/ella estuviera con usted o ha recordado su ausencia con una enorme y profunda tristeza?
 - 1 = Nunca.
 - 2 = Al menos una vez al mes.
 - 3 = Al menos una vez a la semana.
 - 4 = Al menos una vez al día.
 - 5 = Varias veces al día.

 2. En el último mes, ¿cuántas veces ha tenido momentos de intenso sufrimiento emocional, pena o punzadas de dolor relacionados con la muerte de su ser querido?
 - 1 = Nunca.
 - 2 = Al menos una vez al mes.
 - 3 = Al menos una vez a la semana.
 - 4 = Al menos una vez al día.
 - 5 = Varias veces al día.

 3. Pasados seis meses de la pérdida de su ser querido, ¿continúa experimentando alguno de los síntomas de las preguntas 1 y 2, al menos una vez al día?
 - No.
 - Sí.
-

(Continúa en la página siguiente).

HOJAS PARA LA PERSONA ENTREVISTADA

Parte I (Cont.). Instrucciones: en las siguientes preguntas, marque, por favor, con una 'x' la respuesta que mejor describa su situación

4. En el último mes, ¿cuántas veces ha tratado de evitar aquello (cosas, lugares, situaciones, personas) que le recuerda que su ser querido ha fallecido?

- 1 = Nunca.
- 2 = Al menos una vez al mes.
- 3 = Al menos una vez a la semana.
- 4 = Al menos una vez al día.
- 5 = Varias veces al día.

5. En el último mes, ¿cuántas veces se ha sentido confuso/a, aturdido/a o paralizado/a por su pérdida?

- 1 = Nunca.
- 2 = Al menos una vez al mes.
- 3 = Al menos una vez a la semana.
- 4 = Al menos una vez al día.
- 5 = Varias veces al día.

Parte II. Instrucciones: en las siguientes preguntas, indíquenos cómo se siente en la actualidad marque, por favor, con una 'x' la respuesta que mejor describa su situación.

6. ¿Se siente confundido acerca de su papel en la vida o como si no supiera quién es en realidad (por ejemplo, sentir como si se hubiera muerto una parte de usted mismo)?

- 1 = No, en absoluto.
- 2 = Un poco.
- 3 = Bastante.
- 4 = Mucho.
- 5 = Muchísimo.

7. ¿Le cuesta aceptar la pérdida de su ser querido?

- 1 = No, en absoluto.
- 2 = Un poco.
- 3 = Bastante.
- 4 = Mucho.
- 5 = Muchísimo.

8. ¿Le cuesta confiar en los demás después de la pérdida de su ser querido?

- 1 = No, en absoluto.
- 2 = Un poco.
- 3 = Bastante.
- 4 = Mucho.
- 5 = Muchísimo.

9. ¿Siente amargura por su pérdida?

- 1 = No, en absoluto.
- 2 = Un poco.
- 3 = Bastante.
- 4 = Mucho.
- 5 = Muchísimo.

10. ¿Siente que seguir adelante con su vida (por ejemplo, hacer nuevos amigos, interesarse por cosas nuevas, etc.) será más difícil ahora?

- 1 = No, en absoluto.
- 2 = Un poco.
- 3 = Bastante.
- 4 = Mucho.
- 5 = Muchísimo.

(Continúa en la página siguiente).

Parte II (Cont.). Instrucciones: en las siguientes preguntas, indíquenos cómo se siente en la actualidad marque, por favor, con una 'x' la respuesta que mejor describa su situación.

11. ¿Se siente emocionalmente bloqueado desde su pérdida?

- _____ 1 = No, en absoluto.
 _____ 2 = Un poco.
 _____ 3 = Bastante.
 _____ 4 = Mucho.
 _____ 5 = Muchísimo.

12. ¿Siente que la vida no tiene sentido?

- _____ 1 = No, en absoluto.
 _____ 2 = Un poco.
 _____ 3 = Bastante.
 _____ 4 = Mucho.
 _____ 5 = Muchísimo.

Parte III. Instrucciones: en la siguiente pregunta, marque, por favor, con una 'x' la respuesta que mejor describa su situación.

13. ¿Ha visto Ud. reducida, de manera significativa, su vida social o laboral, o ha visto reducidas otras áreas importantes de su vida (por ejemplo, sus obligaciones domésticas)?

- _____ No.
 _____ Sí.

Bibliografía

- Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res.* 1967;11(2):213-8.
- Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *J Affect Disord.* 2011;132(1-2):231-8. DOI: 10.1016/j.jad.2011.02.021.
- Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry.* 1997;154(5):616-23. DOI: 10.1176/ajp.154.5.616.
- Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry.* 1991;148(10):1346-52. DOI: 10.1176/ajp.148.10.1346.
- Manor O, Eisenbach Z. Mortality after spousal loss: Are there socio-demographic differences? *Soc Sci Med.* 2003;56(2):405-13.
- Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and Bereavement: Complicated Grief As Psychiatric Disorder Presenting Greatest Risk For Suicidality. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(4):350-62. DOI: 10.1521/suli.34.4.350.53737.
- Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health.* 1987;77(3):283-7.
- Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Res.* 2008;157(1-3):311-4. DOI: 10.1016/j.psychres.2007.05.013
- Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds CF 3rd, Maciejewski PK, Davidson JR, et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry.* 1999;174:67-73.
- Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;293(21):2601-8. DOI: 10.1001/jama.293.21.2601.
- Spuij M, Prinzie P, Dekovic M, van den Bout J, Boelen PA. The effectiveness of Grief-Help, a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2013;14:395. DOI: 10.1186/1745-6215-14-395..
- Zygmunt M, Prigerson HG, Houck PR, Miller MD, Shear MK, Jacobs S, et al. A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(5):241-5.
- Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH, Clayton PJ. Escitalopram: An open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord.* 2009;113(1-2):142-9. DOI: 10.1016/j.jad.2008.05.016.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
- Parkes CM, Weiss RS. Development of a Bereavement Risk Index at St. Christopher's Hospice. En: *Recovery from bereavement.* New York: Basic Books; 1983. p. 308-15.
- García JA, Landa V, Grandes G, Mauriz A, Andollo I. Adaptación al español del Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC). *Med Paliat.* 2002;9(2):11. DOI: 10.15446/rp.v26n1.51205.
- Faschingbauer TR. *Texas Revised Inventory of Grief manual.* Houston: Honeycomb Publishing; 1981.
- García-García JA, Landa-Petralanda V, Trigueros-Manzano MC, Gaminde-Inda I. *Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez.* Aten Primaria. 2005;35(7):353-8. DOI: 10.1157/13074293.
- Sanders CM, Mauger PA, Strong PN. *A manual for the Grief Experience Inventory.* Charlotte: The Center for the Study of Separation and Loss; 1985.
- Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59:65-79.

21. Limonero-García JT, Lacaste-Reverte M, García-García JA, Maté-Méndez J, Prigerson HG. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Med Paliat*. 2009;16(5):291-97.
22. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM V and ICD-11. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000121. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000121.
23. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(2):103-17. DOI: 10.1002/da.20780.
24. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.
25. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013;12(3):198-206. DOI: 10.1002/wps.20057.
26. Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, Prigerson HG. "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*. 2016;15(3):266-75.
27. Delalibera M, Coelho A, Barbosa A. [Validation of prolonged grief disorder instrument for portuguese population]. *Acta Med Port*. 2011;24(6):935-42.
28. Morina N, Rudari V, Bleichhardt G, Prigerson HG. Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(3):288-97. DOI: 10.1177/0020764008101638.
29. Chiambretto P, Moroni L, Guarnerio C, Bertolotti G. [Italian validation of the Prolonged Grief Disorder Questionnaire (PG-12)]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2008;30(1 Suppl A):A105-10.
30. Schaal S, Jacob N, Dusingizemungu JP, Elbert T. Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC Psychiatry*. 2010;10:55. DOI: 10.1186/1471-244X-10-55.
31. Landa V, García JA, Moyano M, Molina B. Cuidados Primarios de duelo [monografía en Internet]. Madrid: Elsevier; 2017 [16/03/2017]. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/cuidados-primarios-duelo/#26410>
32. García-García JA, Landa-Petralanda V, Trigueros-Manzano MC, Gamine-Inda I. Inventario de Experiencias en Duelo (IED): Adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria*. 2001;27(2):86-93. DOI: 10.1016/S0212-6567(01)78779-3.
33. Estevan P, De Miguel C, Álvarez R, Martín E, Múgica B, Riestra A, et al. Duelo prolongado y factores asociados. *Psicooncología*. 2016;13(2-3):399-415.
34. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
35. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(4):129-34.
36. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberna C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. 2002;12(10):620-30.
37. Serra-Sutton V, Herdman M, Rajmil L, Santed R, Ferrer M, Siméoni MC, et al. Adaptación al español del cuestionario Vecú et Sante perçue de l'adolescente (VSP-A): Una medida genérica de calidad de vida para adolescentes. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(6):701-12.
38. Argimón Pallás JMA, Jiménez Villa JJ. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
39. Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, Kurokawa K. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1037-44.