

ORIGINALES

Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez

J.A. García-García^a, V. Landa Petralanda^a, M.C. Trigueros Manzano^b e I. Gaminde Inda^c

Centros de Salud de Kueto, Basauri y Ortuella, Vizcaya. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Vizcaya. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Objetivo. Adaptar al castellano el Inventario de Experiencias de Duelo (IED) de Catherine Sanders et al (1977) y estudiar su fiabilidad y validez.

Diseño. En dos fases: a) adaptación transcultural de un cuestionario, y b) estudio transversal con grupo control.

Emplazamiento. Equipos de atención primaria de Vizcaya.

Participantes. Un total de 147 personas que habían enviudado entre los 3 meses y 3 años anteriores al estudio y 36 que no habían perdido a ningún familiar directo en los 5 años previos.

Mediciones y resultados principales. El IED en inglés americano fue traducido, retrotraducido y finalmente revisado por Sanders y sus colaboradores, quienes valoraron la versión adaptada al castellano como equivalente al original. Fiabilidad: la consistencia interna de cada una de las escalas de duelo del IED (alfa de Cronbach) fue de 0,43-0,85. Validez factorial: el primer factor del IED adaptado resultó semejante al del original (desesperanza, somatización, enfado, culpa, despersonalización y aislamiento social). Validez discriminante: todas las escalas de duelo del IED, excepto la de ansiedad ante la muerte, discriminaron ($p < 0,05$) entre dolientes y no dolientes. Validez por hipótesis: las escalas del IED mostraron diferencias ($p < 0,05$) entre dolientes según sexo, edad, lugar del fallecimiento del cónyuge y tiempo transcurrido desde la muerte. Validez convergente: todas las escalas de duelo del IED correlacionaron positivamente ($p < 0,05$) con las del Inventario Texas Revisado de Duelo.

Conclusiones. El IED adaptado al castellano es equivalente al original y tiene una fiabilidad y validez similar.

Palabras clave: Duelo. Cuestionarios. Atención primaria de salud.

INVENTORY OF EXPERIENCES IN GRIEF: ADAPTATION TO SPANISH, RELIABILITY AND VALIDITY

Objective. To adapt to Castilian the Inventory of Experiences of Grief (IEG) of Catherine Sanders et al. (1977) and study its reliability and validity.

Design. In two stages: cross-cultural adaptation of a questionnaire and cross-sectional study with control group.

Setting. Primary care teams in Vizcaya.

Participants. 147 people bereaved in the period between 3 months and 3 years before the study, and 36 who had lost no direct family member in the previous 5 years.

Measurements and main results. The IEG in American English was translated, back-translated and finally reviewed by Sanders and her colleagues, whose valuation was that the Castilian version was the same as the original. **Reliability:** the internal consistency of each of the scales of grief on the IEG (Cronbach's alpha) ran from 0.43 to 0.85. **Factor validity:** the first IEG factor adapted was similar to the original one (despair, somatization, anger, blame, depersonalisation and social isolation). **Discriminating validity:** all the grief scales on the IEG, except anxiety in face of death, discriminated ($p < 0.05$) between grieving and not grieving. **Validity by hypothesis:** the IEG scales showed differences ($p < 0.05$) between the bereaved according to sex, age, place of death of the spouse and time elapsed since death. **Convergent validity:** all the IEG grief scales correlated positively ($p < 0.05$) with the scales in the Texas Revised Inventory of Grief.

Conclusions. The IEG adapted to Castilian is equivalent to the original and has similar reliability and validity.

Key words: Grief. Questionnaires. Primary health care.

(Aten Primaria 2001; 27: 86-93)

^aEspecialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centros de Salud de Kueto y Basauri, Vizcaya.

^bDiplomada Universitaria de Enfermería. Centro de Salud de Ortuella, Vizcaya. ^cLicenciada en Ciencias Políticas y Sociología. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Vizcaya.

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio Español de Sanidad y Consumo, Fondo de Investigación Sanitaria, expediente n.º 94/1.063.

Correspondencia: Jesús A. García-García.

Grupo de Estudios de Duelo. Centro de Salud de Kueto. Gran Vía, s/n. 48910 Sestao. Vizcaya.

Correo electrónico: jagarciag@jet.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 18-X-2000.

Introducción

Aunque el duelo es una reacción adaptativa natural ante la pérdida de un ser querido, se asocia a problemas de salud tan prevalentes como depresión¹⁻³, ansiedad^{3,4}, abuso de alcohol³ y uso de fármacos^{3,5}; a un aumento de la mortalidad^{6,7} (durante el primer año del proceso) por episodios cardíacos⁶ y suicidio⁶, y a una mayor utilización de recursos sanitarios^{5,8}. Para enfrentar esta situación, parecería oportuno implementar programas específicos de atención al duelo en los centros de salud⁹⁻¹¹, pero hasta ahora no se han podido realizar estudios de intervención en nuestro ámbito por carecer de un instrumento de medición del duelo en castellano. Prácticamente la totalidad de los cuestionarios para evaluar el proceso de duelo se han construido en la cultura anglosajona, a veces ad hoc para un único estudio, en otras ocasiones explorando el fenómeno sólo parcialmente y en la mayoría de los casos sin unas adecuadas propiedades psicométricas^{12,13}.

En este contexto nos propusimos adaptar y validar en nuestro medio idiomático y cultural el Inventario de Experiencias en Duelo (IED) de Catherine Sanders et al (1977)¹⁴⁻¹⁷ por ser multidimensional y objetivo, sensible a los cambios en el tiempo, estar construido con un correcto diseño metodológico, contar con estudios de fiabilidad y validez, tener unas cualidades psicométricas aceptables y ser de uso y difusión internacional: Alemania, Australia, Bulga-

ria, Canadá, Corea, Estados Unidos, India, Malta, Países Bajos, Reino Unido, Singapur y Sudáfrica¹⁸.

Material y método

Fases del estudio

Como paso preliminar, y con la intención de encontrar el cuestionario idóneo de duelo, se efectuó una revisión sistemática de la literatura científica, mediante búsqueda electrónica en MEDLINE (años 1988-1992, palabras clave: Bereavement, Grief y Questionnaires) y manual en las bibliotecas del St. Christopher's Hospice (Londres, 1994) y Sir Michael Sobell House Hospice (Oxford, 1995).

Posteriormente, la investigación se desarrolló en dos fases: a) adaptación transcultural del IED, y b) estudio transversal con grupo control para calcular su fiabilidad y validez.

En la adaptación transcultural se utilizó el método de la traducción retrotraducción^{19,20}. Primero 2 personas bilingües (lengua materna el castellano y segunda lengua el inglés americano) tradujeron al castellano el IED original en inglés americano. Después se analizaron las discrepancias entre ambos y se consensó una versión en castellano que fue a su vez retrotraducida, por otras 2 personas bilingües (lengua materna el inglés americano y segunda lengua el castellano) al inglés americano. Luego se compararon las 2 retrotraducciones entre sí y con el original, se analizaron las diferencias y se elaboró una versión cuasi definitiva en castellano, que fue revisada por Sanders y sus colaboradores. Esta versión se pilotó en 6 viudos/as y 6 personas sin pérdida reciente y fue corregida por un experto en filología hispánica, resultando el IED adaptado definitivo. Previo a todo el proceso se obtuvo el permiso de los autores originales.

El trabajo de campo se llevó a cabo en los años 1995-1997 sobre una muestra intencional de viudos/as y no dolientes, usuarios de los centros de salud Basauri, Sestao, Ortuella y Algorta de Vizcaya. Los criterios de inclusión de los viudos/as fueron: ser mayor de 14 años (por ser la edad de la población que habitualmente atienden los médicos de familia) y haber transcurrido más de 3 meses y menos de 3 años desde la muerte del cónyuge (porque al principio el doliente está bloqueado y hacia los 2-4 años

TABLA 1. Características sociodemográficas de los participantes en los que se administró y analizó el IED adaptado

	Viudos/as (n = 125)	No duelo (n = 33)
Sexo		
Varones	28 (22,4%)	17 (51,5%)
mujeres	97 (77,6%)	16 (48,5%)
Edad*		
Todos	62 (DE, 12)	54 (DE, 16)
Varones	66 (DE, 13)	58 (DE, 15)
Mujeres	61 (DE, 12)	50 (DE, 15)
Estudios		
Primarios	94 (75,2%)	11 (33,3%)
Bachiller	10 (8%)	7 (21,2%)
BUP-FP2	2 (1,6%)	5 (15,2%)
Universitarios	1 (0,8%)	10 (30,3%)
NS/NC	18 (14,4%)	
Laboral		
Labores hogar	74 (59,2%)	7 (21,2%)
Jubilados	27 (21,6%)	9 (27,3%)
Trabajando	19 (15,2%)	16 (48,5%)
Parados	2 (1,6%)	1 (3,0%)
NS/NC	3 (2,4%)	

IED: inventario de experiencias en duelo, y DE: desviación estándar.

*Edad en años.

el proceso va remitiendo¹⁰). Los criterios de inclusión del grupo control fueron: ser mayor de 14 años y no haber sufrido la pérdida por muerte de un familiar en primer grado en los últimos 5 años. En ambos casos los criterios de exclusión fueron: enfermedad mental grave, alcoholismo activo y uso de drogas por vía parenteral. El listado de los posibles candidatos se obtuvo de los registros de los centros de salud y el primer contacto lo establecía —en consulta o telefónicamente— su propio médico de familia, quien les explicaba en qué consistía el estudio y les proponía una entrevista programada con uno de los investigadores. En esta última se les concretaba su participación y se les entregaba los cuestionarios, una carta de agradecimiento e información escrita sobre el proyecto. Solamente 3 personas se negaron a colaborar en el estudio.

Cuestionarios

Las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios y situación sociolaboral) y los datos relacionados con el fallecimiento (tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la muerte, causa y lugar de la muerte y tiempo transcurrido desde el fallecimiento) se registraron

en un cuestionario elaborado ad-hoc. La experiencia del duelo se exploró con 3 cuestionarios específicos: el IED, el IED versión no fallecimiento y el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)²¹.

El IED tiene 135 ítems dicotómicos que exploran las áreas somática, emocional y relacional del doliente a través de 18 escalas: 3 de validez (Negación, Respuestas Atípicas y Deseabilidad Social); 9 clínicas (Desesperanza, Enfado, Culpa, Aislamiento Social, Pérdida de Control, Rumiación, Despersonalización, Somatización y Ansiedad ante la Muerte), y 6 experimentales (Alteraciones del Sueño, Pérdida de Apetito, Pérdida de Energía, Síntomas Físicos, Optimismo/Desesperanza y Dependencia). Algunos de los ítems puntúan en 2 y 3 escalas a la vez, y así, aunque son 135, sumando las máximas puntuaciones posibles de cada una de las escalas sale 187 (145 a verdadero y 42 a falso). El IED es autoadministrado y se rellena en aproximadamente 20 minutos, pero si es necesario el entrevistador lo puede leer en voz alta. Para evaluarlo se utiliza un programa informático (elaborado por el propio equipo investigador a partir de las plantillas originales) que calcula las puntuaciones directas, éstas se transcriben luego a una hoja impresa

TABLA 2. Fiabilidad: consistencia interna (alfa de Cronbach) del IED adaptado (viudos/as, n = 125) y del original de Sanders (grupo general de referencia de dolientes, n = 135).

Escala IED	IED adaptado		IED original	
	Ítems*	Alfa	Ítems*	Alfa
Negación	11	0,41	11	0,59
Respuestas atípicas	28	0,36	28	0,52
Deseabilidad social	7	0,17	7	0,34
Desesperanza	18	0,85	18	0,84
Enfado	9	0,65	9	0,69
Culpa	6	0,43	6	0,52
Aislamiento social	7	0,53	7	0,54
Pérdida de control	9	0,65	9	0,68
Rumiación	12	0,65	12	0,69
Despersonalización	8	0,64	8	0,71
Somatización	20	0,71	20	0,81
Ansiedad ante la muerte	11	0,64	11	0,55
Alteraciones del sueño	10	0,76	10	0,55
Pérdida de apetito	3	0,70	3	0,68
Pérdida de energía	6	0,60	6	0,37
Síntomas físicos	10	0,60	10	0,68
Optimismo/desesperanza	6	0,55	6	0,68
Dependencia	6	0,44	6	0,23

IED: inventario de experiencias en duelo.

*Aunque el IED tiene 135 ítems, sumando el total de cada una de las escalas resultan 187; esto es así porque algunos ítems puntúan en más de una escala a la vez.

con las puntuaciones T y se traza el perfil de duelo. Las puntuaciones T son puntuaciones estandarizadas derivadas

de las directas (con una media de 50 y una desviación estándar de 10) que permiten interpretar estas últimas en tér-

minos del número de desviaciones estándar en que se separan de la media²². En el anexo 1 se puede ver una reproducción parcial del IED adaptado.

Hay una versión no fallecimiento del IED¹⁷ en la que se han suprimido 31 ítems que hacían referencia explícita a la muerte y 3 escalas clínicas: Culpa, Rumiación y Despersonalización; originalmente se utilizó en el grupo control¹⁷ y se puede usar en pérdidas sin muerte²³: divorcio, separación, etc.

El ITRD tiene 2 escalas clínicas tipo Likert: una referida a los sentimientos del doliente en los momentos posteriores cercanos a la muerte del cónyuge, de 8 ítems, y la otra a los sentimientos actuales, de 13. Está adaptado al castellano por los propios autores²⁴.

Análisis

El tamaño muestral se estimó en 130 sujetos para un coeficiente alfa esperado de 0,70, precisión de 0,10 y confianza del 95%²². La fiabilidad se expresó como la consistencia interna (homogeneidad) de las escalas del IED, calculándose los coeficientes alfa de Cronbach de cada una de ellas, y la validez de constructo como: a) la validez factorial²⁵, que se comprobó mediante análisis factorial y estudio de las matrices de las cargas factoriales rotadas ortogonalmente por el método varimax; b) la validez discriminante, mediante comparación de me-

TABLA 3. Validez de constructo factorial: análisis factorial del IED adaptado (viudos/as, n = 125) y del original de Sanders (grupo general de referencia de dolientes, n = 135)

Escala	Comunalidades de las escalas del IED adaptado	Matriz factorial rotada del IED adaptado*			Comunalidades de las escalas del IED original	Matriz factorial rotada del IED original		
		Factor 1	Factor 2	Factor 3		Factor 1	Factor 2	Factor 3
Negación	0,71	-0,06	-0,77	0,34	0,50	-0,01	0,15	0,69
Respuestas atípicas	0,77	0,77	0,09	-0,43	0,70	0,82	0,14	0,10
Deseabilidad social	0,68	-0,07	-0,12	0,82	0,34	-0,14	0,20	0,53
Desesperanza	0,77	0,78	0,32	0,27	0,74	0,71	0,50	0,05
Enfado	0,51	0,61	0,37	0,01	0,44	0,51	0,40	-0,17
Culpa	0,33	0,58	0,02	0,05	0,35	0,45	0,37	0,07
Aislamiento social	0,42	0,63	0,14	-0,00	0,46	0,63	0,19	-0,14
Pérdida de control	0,52	0,30	0,55	0,35	0,39	0,28	0,56	-0,07
Rumiación	0,65	0,36	0,32	0,65	0,66	0,39	0,71	0,06
Despersonalización	0,67	0,59	0,37	0,43	0,62	0,41	0,67	-0,03
Somatización	0,68	0,80	0,16	0,24	0,69	0,67	0,49	0,01
Ansiedad ante la muerte	0,64	0,56	0,78	0,17	0,34	0,04	0,40	-0,43
Porcentaje de varianza común		58,06%	22,58%	19,35%		74,6%	15,5%	10,0%

IED: inventario de experiencias en duelo.

*Se destacan en negrita las saturaciones más importantes de las escalas al factor correspondiente.

TABLA 4. Validez de constructo discriminante: comparación de medias de cada una de las escalas del IED adaptado entre viudos/as y no dolientes (prueba t de Student). Además se detallan las medias del IED original como referencia

Escalas	IED adaptado, viudos/as, atención primaria (n = 125)		IED no duelo, no pérdidas en los 5 años previos (n = 33)		IED original, grupo general de duelo (n = 135)	
	Media ^a	DE	Media ^a	DE	Media ^a	DE
Negación	4,05	1,94	2,18 ^b	1,79	3,13	2,04
Respuestas atípicas	6,91	2,68	3,82 ^b	2,20	8,85	2,06
Deseabilidad social	4,77	1,13	3,55 ^b	1,28	3,94	1,46
Desesperanza	9,38	4,55	1,91 ^b	1,70	7,18	4,35
Enfado/rabia	3,61	2,11	1,76 ^b	1,37	4,86	1,53
Culpa	1,21	1,15	—	—	1,85	1,44
Aislamiento social	2,82	1,65	1,55 ^b	1,06	2,67	1,69
Pérdida de control	4,85	2,19	3,00 ^b	1,48	4,54	2,32
Rumiación	6,03	2,45	—	—	5,10	2,06
Despersonalización	5,61	1,92	—	—	4,42	2,16
Somatización	7,24	2,56	3,27 ^b	2,97	8,79	2,63
Ansiedad ante la muerte	5,79	2,42	5,61	2,38	5,67	2,26
Alteraciones del sueño	4,94	2,69	2,03 ^b	0,98	1,72	0,68
Pérdida de apetito	7,00	1,00	2,12 ^b	0,60	1,08	1,11
Pérdida de energía	3,26	1,64	1,00 ^b	1,00	2,80	1,43
Síntomas físicos	4,57	2,24	1,84 ^b	1,56	3,88	1,75
Optimismo/desesperanza	2,25	1,51	0,15 ^b	0,36	1,93	1,68
Dependencia	3,37	1,24	3,15 ^b	1,52	3,56	1,06

IED: inventario de experiencias en duelo, y DE: desviación estándar.

^aValores medios más altos en la escala significan mayor intensidad del aspecto del duelo explorado.

^bp < 0,05.

dias (prueba t de Student para muestras independientes) de cada una de las escalas entre dolientes y no dolientes; c) la validez por hipótesis²², mediante comparación de medias (pruebas t de Student o U de Mann-Whitney para muestras independientes) de cada una de las escalas entre viudos y viudas, distintos grupos de edad, muerte en casa frente a hospital, duelo temprano frente a tardío y muerte inesperada frente a anunciada, y d) la validez convergente, mediante análisis de correlación (coeficiente rho de rangos de Spearman para variables ordinales) de cada una de las escalas del IED con las del ITRD.

Se asumió un nivel de significación estadística de p < 0,05 y los datos se analizaron con el programa informático SPSS 6.01.

Resultados

Se recogieron 147 cuestionarios de viudos/as, de los que se rechazaron 22 siguiendo los criterios de los autores originales en las esca-

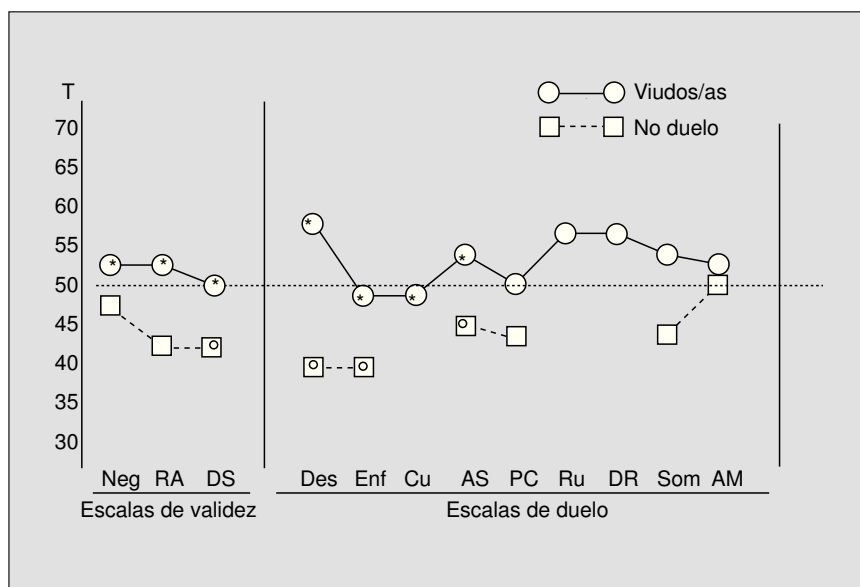


Figura 1. Perfiles medios del IED adaptado de los viudos/as (n = 125) y no dolientes (n = 33). IED: inventario de experiencias en duelo; T: puntuaciones típicas derivadas; Neg: negación; RA: respuestas atípicas; DS: deseabilidad social; Des: desesperanza; Enf: enfado; Cu: culpa; AS: aislamiento social; PC: pérdida de control; Ru: rumiación; DR: despersonalización; Som: somatización, y AM: ansiedad ante la muerte.

TABLA 5. Validez de constructo por hipótesis: comparación de medias de cada una de las escalas del IED adaptado en los viudos/as (n = 125) según sexo, distintos grupos de edad, tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la última enfermedad y la muerte, lugar del fallecimiento y tiempo transcurrido desde la pérdida (pruebas t de Student o U de Mann-Whitney)^a

	Sexo		Edad		Tiempo entre diagnóstico y muerte		Lugar de muerte		Tiempo desde la pérdida	
	Varón (n = 28)	Mujer (n = 97)	< 54 años (n = 31)	> 70 años (n = 34)	< 1 mes (n = 43)	> 1 año (n = 24)	Domicilio (n = 45)	Hospital (n = 69)	3-6 meses (n = 38)	> 24 meses (n = 39)
	Media DE	Media DE	Media DE	Media DE	Media DE	Media DE	Media DE	Media DE	Media DE	Media DE
Negación	4,03 1,75	4,05 1,99	3,64 1,85	4,73^b 1,94	4,00 2,14	3,91 2,08	4,42 2,01	3,75 1,84	3,92 1,97	4,05 1,91
Respuestas atípicas	6,82 2,72	6,93 2,67	6,93 2,43	6,55 2,20	7,18 3,10	6,16 2,74	6,02 2,30	7,44^b 2,76	7,31 2,7	56,92 3,14
Deseabilidad social	4,85 1,17	4,74 1,12	4,35 1,17	4,88 1,20	4,76 1,19	4,75 1,11	4,73 1,11	4,88 1,11	4,71 1,03	4,76 1,15
Desesperanza	9,10 4,76	9,46 4,51	8,64 4,37	9,26 4,56	9,44 4,90	9,20 4,33	8,48 4,03	10,30^b 4,66	8,44 4,11	9,20 4,52
Enfado	3,57 1,95	3,61 2,16	4,29 1,93	2,41^b 1,67	3,76 2,11	3,37 2,08	3,22 2,04	3,97 2,20	3,15 1,96	4,30^b 2,07
Culpa	1,35 0,95	1,16 1,12	1,32 1,40	1,14 0,95	1,44 1,40	0,91 0,77	0,95 0,95	1,37^b 1,23	1,21 1,21	1,28 1,27
Aislamiento social	2,85 1,17	2,80 1,76	2,77 1,91	2,79 1,47	2,60 1,62	3,20 1,76	2,62 1,69	3,05 1,58	2,81 1,65	2,84 1,82
Pérdida de control	4,10 2,20	5,06^b 2,15	4,93 1,99	4,20 2,34	5,25 2,01	4,20 2,24	4,37 2,36	5,14 2,10	4,21 2,48	4,84 2,24
Rumiación	6,07 2,56	6,02 2,42	5,74 2,28	5,85 2,58	6,04 2,52	5,95 2,56	5,62 2,45	6,46 2,42	5,28 2,44	6,69^b 2,10
Despersonalización	5,38 1,87	5,68 1,93	5,87 1,72	5,44 2,32	5,86 2,08	5,37 1,52	5,31 1,76	5,95 1,90	5,15 2,07	5,71 1,80
Somatización	6,42 3,97	7,47 3,41	7,25 3,46	7,00 3,31	7,46 3,96	6,66 3,18	6,11 3,25	8,18^b 3,61	7,18 3,27	6,97 3,60
Ansiedad ante la muerte	5,00 2,32	6,02^b 2,41	5,45 2,11	5,23 2,32	5,23 2,40	6,12 2,27	3,22 2,62	3,97 2,32	5,34 2,52	5,89 2,24

IED: inventario de experiencias en duelo; DE: desviación estándar.

^aLos valores en negrita destacan las diferencias significativas.

^bp < 0,05.

las de validez¹⁷ (17 por puntuación T > 70 en Negación, 4 en Respuestas Atípicas y uno por no estar rellenado correctamente) y se analizaron definitivamente 125 (tabla 1). La mayoría eran de viudas (77,6%), con una media de edad de 61 años, el tiempo medio transcurrido desde la muerte del cónyuge fue de 15,82 meses (DE, 11,15), el fallecimiento se había producido en el hospital en 62 (52,2%) ocasiones y por cáncer en 52 (41,6%). Además se recogieron 36 cuestionarios de no dolientes, de los que se rechazaron 3 (por puntuación T > 70 en Negación) y se analizaron 33 (tabla 1).

Adaptación transcultural

En 4 ítems (2,96%) se observaron discrepancias lingüísticas entre la versión original y la retrotraducida, por lo que tuvieron que ser traducidos nuevamente respetándose escrupulosamente su contenido semántico. En último término, Sanders y sus colaboradores verificaron que el IED

adaptado era equivalente al original.

Fiabilidad

Consistencia interna: los coeficientes alfa de Cronbach de las 9 escalas de duelo oscilaron en 0,43-0,85. En la tabla 2 se pueden comparar con los del original.

Validez de constructo

Validez factorial: del análisis factorial rotado de las 12 escalas se extrajeron 3 factores que explicaban un 61,7% de la variancia total del fenómeno. En la tabla 3 se pueden comparar las comunilidades y estructuras factoriales del IED adaptado con las del original. En el análisis no se tuvieron en cuenta las 6 escalas experimentales.

Validez discriminante (fig. 1): todas las puntuaciones de las escalas del IED adaptado, excepto Ansiedad ante la Muerte, mostraron diferencias significativas entre viudos/as y no dolientes. En la ta-

bla 4 se pueden comparar con los del original.

Validez por hipótesis (tabla 5): al comparar las puntuaciones de las escalas entre viudos y viudas se encontraron diferencias significativas en Pérdida de Control y Ansiedad ante la Muerte; entre los distintos grupos de edad, en Negación y Enfado; según el lugar de la muerte, en Respuestas Atípicas, Desesperanza, Culpa y Somatización; por el tiempo transcurrido desde la pérdida, en Despersonalización y Enfado, y no se encontraron diferencias entre muerte inesperada y anunciada. En el análisis de estas variables tampoco se tuvieron en cuenta las 6 escalas experimentales.

Validez convergente: todas las escalas del IED adaptado, excepto Negación, correlacionaron positiva y significativamente con las del ITRD (tabla 6).

Puntuaciones estandarizadas de referencia

Se han calculado las puntuaciones T para la muestra de viu-

TABLA 6. Validez de constructo convergente: correlación (rho de Spearman) entre el IED adaptado y el Inventario Texas Revisado Duelo (n = 118)^a

Escala del IED	Escala del ITRD	
	Sentimientos en el pasado	Sentimientos en el presente
Negación	-0,28 ^b	-0,15
Respuestas atípicas	0,25 ^b	0,19 ^b
Deseabilidad social	0,04	0,08
Desesperanza	0,68 ^b	0,62 ^b
Enfado	0,50 ^b	0,24 ^b
Culpa	0,30 ^b	0,29 ^b
Aislamiento social	0,36 ^b	0,26 ^b
Pérdida de control	0,46 ^b	0,54 ^b
Rumiación	0,47 ^b	0,48 ^b
Despersonalización	0,59 ^b	0,55 ^b
Somatización	0,46 ^b	0,46 ^b
Ansiedad ante la muerte	0,44 ^b	0,28 ^b
Alteraciones del sueño	0,46 ^b	0,37 ^b
Pérdida de apetito	0,16	0,25 ^b
Pérdida de energía	0,60 ^b	0,45 ^b
Síntomas físicos	0,50 ^b	0,63 ^b
Optimismo/desesperanza	0,48 ^b	0,49 ^b
Dependencia	0,21 ^b	0,25 ^b

IED: inventario de experiencias en duelo, e ITRD: Inventario Texas Revisado de Duelo.

^aEn este análisis n = 118 porque 7 personas no cumplimentaron el ITRD, el resto de los análisis del IED adaptado es sobre n = 125.

^bp < 0,05.

dos/as del estudio y se encuentran a disposición de quien esté interesado en consultarlas.

Discusión

Los hallazgos sugieren que el IED adaptado al castellano es equivalente al original, tan fiable y válido como éste, con unas limitaciones similares y por supuesto mejorable.

Los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas del IED adaptado son similares a los del original¹⁷, y aunque en un cuestionario ideal deberían situarse entre 0,70 y 0,90²² en el IED son algo inferiores; pero no obstante hay que tener en cuenta que los ítems del IED son dicotómicos, lo que disminuye su fiabilidad²², y que sus escalas tienen un número muy variable de ítems, siendo también variables sus coeficientes alfa²². En cualquier caso, esto supone una

limitación del instrumento. No se calculó el coeficiente de fiabilidad por el procedimiento test-retest, por ser el duelo un proceso dinámico y cambiante en el tiempo, considerándose como más conveniente una única aplicación del IED y la utilización de un método basado en la consistencia interna: la medición del coeficiente alfa.

El primer factor extraído del análisis factorial del IED adaptado es prácticamente idéntico al del original¹⁷ y todas las escalas que lo saturan (Desesperanza, Enfado, Culpa, Aislamiento Social, Despersonalización y Somatización) lo hacen por encima de 0,40 y algunas por encima de 0,60, por lo que resulta un constructo sólido y claramente interpretable incluso independientemente del tamaño muestral²⁶. Este factor parece ser un indicador general de duelo y representa lo que habitualmente experimentan las personas ante la

muerte de un ser querido: una mezcla de emociones disfóricas (miedo, culpa, agresividad...), la sensación de estar solo ante el sufrimiento y desconectado de la realidad, y varias quejas físicas (anorexia, pérdida de energía...)¹⁷, y además encaja en el modelo clásico del duelo^{27,28}, marco de referencia conceptual del IED original^{14,17}.

El IED adaptado discrimina entre dolientes y no dolientes en todas sus escalas menos en la de Ansiedad ante la Muerte, lo que quizás se trate de una particularidad cultural²⁹, pero esto es mejor interpretarlo con cautela porque la misma escala también ha dado resultados aparentemente contradictorios en otro estudio¹⁶.

El IED adaptado es coincidente hipotéticamente con los rasgos socioculturales locales^{10,29} y con la teoría actual del duelo en el mundo occidental^{27,28}. Era obvio que en nuestro entorno se favorecía la expresión emocional en la mujer y se limitaba la del varón, siendo mejor tolerado socialmente que las viudas pierdan el control y tengan más ansiedad ante la muerte^{10,15,30,31}. Era también esperable que los viudos/as jóvenes sintieran más rabia ante lo injusto de una muerte intempestiva y que los de más edad la negaran para defenderse¹⁶. No sorprende nada que morir en el hospital apareciera como rotundamente más traumático, probablemente por lo difícil que resulta cuidar al familiar enfermo en un ambiente despersonalizado, carente de privacidad y no diseñado para morir; perfilándose una vez más el hogar como el lugar idóneo donde vivir la muerte³². Sin embargo, pudiera resultar llamativo que pasados 2 años los dolientes estuvieran todavía enfadados y siguieran obsesionados con el fallecido, pero según afirman algunos autores³³ parece que la mayoría de las personas nunca resuelven totalmente su duelo, persistiendo el dolor, la presencia, el enfado, la rumia-

ción o la culpa durante años. Curiosamente, no se encontraron diferencias entre muerte anunciada e inesperada, lo que también ha observado la autora del IED original en otro trabajo¹⁵.

Finalmente, si 2 instrumentos convergen midiendo el mismo constructo, es esperable una correlación de 0,40-0,80²² y esto ocurre entre el IED y el ITRD en la mayoría de las escalas, por lo que es de suponer que ambos estén evaluando el mismo fenómeno.

Así pues, se puede concluir definitivamente que disponemos de un instrumento de medición de duelo en castellano: el IED adaptado. Pero que, sin embargo, no deja de ser atractiva la idea de ir destilando uno más genuino con los ítems mejor contruidos y más poderosos del IED y otros nuevos y originales, más en consonancia con nuestro entorno sociocultural y los recientes modelos de duelo^{31,33,34}; de hecho, el propio equipo de trabajo está realizando un análisis psicométrico minucioso de cada uno de los ítems del IED adaptado, del que probablemente resulte un IED mejorado, algo en lo que ya han investigado otros grupos^{35,36}. También sería interesante utilizar el IED en distintos tipos de pérdida^{14,15} y estudiar su sensibilidad al cambio, evaluando intervenciones^{35,37,38} u observando dolientes a lo largo del tiempo³⁹.

Agradecimiento

Queremos dar las gracias a las personas que cumplieron los cuestionarios, a Catherine Sanders por su disposición e interés, a Gonzalo Grandes Odriozola por su estímulo y apoyo, a Pilar Calvo Ahedo por empezar con nosotros, a Eamon Paul Dowling por su paciencia en la adaptación del IED y en la traducción del manual, a Sergio García-García por el programa informático de evaluación, a Guillermo Andrés Fernández por la revisión del cuestionario de un filólogo experto, a Esther Torres Álvarez por aportar sus conocimientos en psicometría y a Patsy Rose y Luismi Ares por ayudarnos con el póster de Ginebra en 1999.

Bibliografía

1. Harlow SD, Golberg EL, Comstock GW. A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *Am J Epidemiology* 1991; 134: 526-538.
2. Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1346-1352.
3. Parkes CM. Attachment, bonding, and psychiatric problems after bereavement in adult life. En: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P, editores. *Attachment across the life cycle*. Londres: Routledge, 1991; 268-292.
4. Jacobs S, Hansen F, Kasl S, Ostfeld A, Berkman I, Kim K. Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 269-274.
5. Parkes CM. Effects of bereavement on physical and mental health—a study of the medical records of widows. *Br Med J* 1964; 2: 274-279.
6. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987; 77: 283-287.
7. Bowling A, Windsor J. Death after widow(er)hood: an analysis of mortality rates up to 13 years after bereavement. *Omega* 1995; 31: 35-49.
8. Tudiver F, Permaul-Woods JA, Hilditch J, Harmina J, Saini S. Do widowers use the health care system differently? Does intervention make a difference? *Can Fam Physician* 1995; 41: 392-400.
9. Charlton R, Dolman E. Bereavement: a protocol for primary care. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 427-430.
10. García-García JA, Landa V, Trigueros MC, Calvo P, Gaminde I. El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 475-483.
11. Harris T, Kendrick T. Bereavement in general practice: a survey in South Thames Health Region. *Br J Gen Pract* 1998; 46: 1560-1564.
12. Jacobs SC. Measures of the psychological distress of bereavement. En: Zisook S, editor. *Biopsychosocial aspects of bereavement*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987; 127-138.
13. Hansson RO, Carpenter BN, Fairchild SK. Measurement issues in bereavement. En: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson R, editores. *Handbook of bereavement: theory, research and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993; 62-74.
14. Sanders CM. Typologies and symptoms of adult bereavement [disertación]. Tampa: University of South Florida, 1977.
15. Sanders CM. A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. *Omega* 1979-80; 10: 303-322.
16. Sanders CM. Comparison of younger and older spouses in bereavement outcome. *Omega* 1980-81; 11: 217-232.
17. Sanders CM, Mauger PA, Strong PN. A manual for the Grief Experience Inventory. Charlotte: The Center for the Study of Separation and Loss, 1985.
18. Sanders CM. Countries using the GEI. *GEI Review* 1989; 1 (1): 4.
19. Brislin RW, Lonner WJ, Thorndike RM. Cross-cultural research methods. Nueva York: John Wiley & Sons, 1973; 32-58.
20. 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: 1417-1432.
21. Faschingbauer TR. Texas Revised Inventory of Grief manual. Houston: Honeycomb Pub., 1981.
22. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press, 1995.
23. Zinner ES, Ball JD, Stutts ML, Mikulka P. Modification and factor analysis of the Grief Experience Inventory in Non-Death Loss/Bereavement situations. *Omega* 1991; 23: 143-151.
24. García-García JA, Landa V, Trigueros MC, Calvo P, Gaminde I. Adaptación a nuestro medio del Inventario Texas Revisado de Duelo. En: *Proceedings del I Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*; 6-9 de diciembre 1995, Barcelona, España. *Med Pal (Madrid)* 1995; 2: 197-198.
25. Muñiz J. Teoría clásica de los tests. Madrid: Pirámide; 1992; 122-124.
26. Martínez R. Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos. Madrid: Síntesis, 1995; 496-497.
27. Parkes CM. Bereavement. *Studies of grief in adult life*. Londres: Tavistock, 1972.
28. Bowlby J. Attachment and loss. Vol 3.

- Loss, sadness and depression. Londres: The Hogar Press, 1980.
29. García-García JA. How applicable are Anglo/American concepts of bereavement care in palliative care settings in Spain? En: Proceedings of the 5th Congress of the European Association for Palliative Care; 10-13 September 1997; London, U.K. Londres: European Association for Palliative Care, 1997; 18-19.
 30. Quigley DG, Schatz MS. Men and women and their responses in spousal bereavement. *Hosp J* 1999; 14: 65-78.
 31. Stroebe M. New directions in bereavement research: exploration of gender differences. *Palliat Med* 1998; 12: 5-12.
 32. Bajo J, García-García JA, Landa V, Marijuán L, Rodríguez JJ. Cuidado del enfermo terminal visto por el médico de familia. *Aten Primaria* 1990; 7: 538-546.
 33. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 349-357.
 34. Walter T. A new model of grief: bereavement and biography. *Mortality* 1996; 1: 7-25.
 35. Lake MF, Johnson TM, Murphy J, Knuppel RA. Evaluation of a perinatal grief support team. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 1203-1206.
 36. Munro BH, McCorkle R. A shortened version of an instrument measuring bereavement. *Int J Nurs Stud* 1993; 30: 213-226.
 37. Polinsky TG. The effects of a group counseling grief recovery programs for clients experiencing bereavement [disertación]. Fayetteville: University of Arkansas, 1990.
 38. Constantino RE, Bricker PL. Nursing posvention for spousal survivor of suicide. *Issues Ment Helth Nurs* 1996; 17: 131-152.
 39. Simpson VA. A study of the relationship between psychosocial variables and long-term adaptation of bereaved parents [disertación]. Menlo Park: Institute of Transpersonal Psychology of California, 1992.

ANEXO 1. Reproducción parcial del Inventario de Experiencias en Duelo (IED)

1. Inmediatamente después de su muerte me sentí agotado/a.	1	V	F
2. Tiendo a estar más irritable con los demás.	2	V	F
3. Estoy obsesionado/a con su imagen.	3	V	F
4. Con frecuencia me siento enfadado/a.	4	V	F
5. Sigo manteniendo relaciones sociales con mis amistades sin dificultades.	5	V	F
6. Siento pesadez en los brazos y en las piernas.	6	V	F
7. Me fijo más de lo normal en todas las cosas relacionadas con la muerte.	7	V	F
8. Me parece que se podría haber hecho más por él/ella.	8	V	F
9. Mostré poco mis emociones en el funeral.	9	V	F
10. Después del fallecimiento sentí una gran necesidad de mantener el ánimo de los demás.	10	V	F
11. Me siento apartado/a y aislado/a.	11	V	F
12. Rara vez tomo aspirinas.	12	V	F
13. Tengo pocas ganas de asistir a reuniones sociales.	13	V	F
14. Cuando me comunicaron su muerte no pude llorar.	14	V	F
15. Me siento culpable porque yo estoy vivo/a y él/ella no.	15	V	F