

# Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez

J.A. García García<sup>a</sup>, V. Landa Petralanda<sup>a</sup>, M.C. Trigueros Manzano<sup>a</sup> e I. Gaminde Inda<sup>b</sup>

**Objetivo.** Adaptar al castellano el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) de Faschinbagger et al (1977, 1981) y estudiar su fiabilidad y validez.

**Diseño.** Se realizó en 2 fases: *a)* adaptación transcultural de un cuestionario, y *b)* estudio transversal de fiabilidad y validez.

**Emplazamiento.** Equipos de atención primaria de Vizcaya.

**Participantes.** Un total de 118 personas que habían enviudado entre los 3 meses y 3 años anteriores al estudio.

**Mediciones y resultados principales.**

Adaptación transcultural: el ITRD en inglés americano fue traducido, retrotraducido y finalmente comparado con la versión en hispano de Grabowski & Frantz (1993). En cuanto a la fiabilidad, los coeficientes alfa de Cronbach (consistencia interna) de las 2 escalas del ITRD fueron de 0,75 y 0,86.

Validez factorial: todos los ítems menos uno ofrecieron saturaciones > 0,40 a los 2 factores extraídos de la rotación varimax.

Validez por hipótesis: las escalas del ITRD mostraron diferencias ( $p < 0,05$ ) entre los dolientes según lo esperado o inesperado del fallecimiento, el lugar donde ocurrió la muerte y el tiempo transcurrido desde ésta; las puntuaciones del ITRD adaptado son similares a las del ITRD hispano en latinos y más elevadas que las del ITRD original y las del ITRD hispano en anglosajones.

Validez convergente: las 2 escalas del ITRD correlacionaron positivamente ( $p < 0,05$ ) con todas las escalas clínicas del Inventario de Experiencias en Duelo de Sanders et al (1985) y García García et al (2001).

**Conclusiones.** En la evaluación del duelo por la muerte del cónyuge, el ITRD adaptado al castellano es tan fiable y válido como el original.

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

TEXAS REVISED INVENTORY OF GRIEF: ADAPTATION TO SPANISH, RELIABILITY AND VALIDITY

**Objectives.** To adapt into Spanish the Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) of Faschinbagger et al (1977, 1981) and to examine its reliability and validity.

**Design.** Two stages: *a)* cross-culture adaptation of a questionnaire, and *b)* cross-sectional study of reliability and validity.

**Setting.** Primary care teams in Vizcaya, north of Spain.

**Participants.** 118 people who had been widowed between 3 months and 3 years before the study.

**Main measurements and results.** Cross-culture adaptation: the TRIG was translated from American English, then back-translated and finally compared with the version in American Spanish by Grabowski & Frantz (1993). Reliability: the Cronbach's alpha coefficients (internal consistency) of the 2 TRIG scales were 0.75 and 0.86. Factorial validity: all items except one threw saturation >0.40 on the 2 factors extracted from the varimax rotation. Validity by hypothesis: the TRIG scales showed differences ( $P < .05$ ) between the grieving in terms of the expected or unexpected character of death, the place where death occurred and time elapsed since the death. The scores on the adapted TRIG were similar to scores on the American Spanish TRIG for Latins and higher than those on the original TRIG and the American Spanish TRIG for Anglo-saxons.

Convergent validity: the 2 TRIG scales correlated positively ( $P < .05$ ) with all the clinical scales on the Inventory of Grief Experiences of Sanders et al (1985) and García García et al (2001).

**Conclusions.** In the evaluation of grief due to the death of the spouse, the TRIG adapted to Spanish is as reliable and valid as the original version.

**Key words:** Grief. Questionnaires. Primary health care.

<sup>a</sup>Centros de Salud de Cueto, Basauri y Ortuella. Vizcaya. España.

<sup>b</sup>Unidad de Investigación de Atención Primaria. Vizcaya. España.

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 Cueto.  
Gran Vía, s/n. 48910 Sestao.  
Vizcaya. España.  
Correo electrónico: jagarciag@jet.es

Manuscrito recibido el 29 de julio de 2004.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 15 de noviembre de 2004.

## Introducción

La muerte del cónyuge es uno de los acontecimientos vitales más estresantes que puede afrontar un ser humano<sup>1</sup>. De hecho, el riesgo de depresión en los viudos/as se multiplica por cuatro en el primer año<sup>2</sup> y casi la mitad presenta ansiedad generalizada o crisis de angustia<sup>3</sup>; el abuso de alcohol aumenta<sup>4</sup> y el 50% de las viudas utilizan algún psicofármaco en los primeros 18 meses<sup>5</sup>; el 10-34% de los dolientes desarrollan un duelo patológico<sup>6</sup> y el riesgo de muerte (principalmente por eventos cardíacos y suicidio) se incrementa; los viudos tiene un 50% más de probabilidades de morir prematuramente durante el primer año<sup>7</sup>. Por otro lado, la tasa promedio anual de consultas al centro de salud es un 80% mayor en los dolientes<sup>8</sup> y el nivel asistencial ideal para sus cuidados es –según algunos autores– la atención primaria<sup>9-11</sup>.

En estas circunstancias, evaluar el duelo en la propia consulta del médico de familia se ha convertido en una prioridad. Por ello se revisaron los cuestionarios de duelo publicados<sup>12-14</sup> y se seleccionó el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) de Faschingbauer et al<sup>15,16</sup>, por ser muy fácil de rellenar, poder puntuarse directamente (sin plantillas ni programas informáticos, solamente con «lápiz y papel»), tener unas adecuadas propiedades psicométricas y ser uno de los más utilizados. El objetivo de nuestro estudio fue adaptar el ITRD al castellano y estudiar su fiabilidad y validez.

## Pacientes y métodos

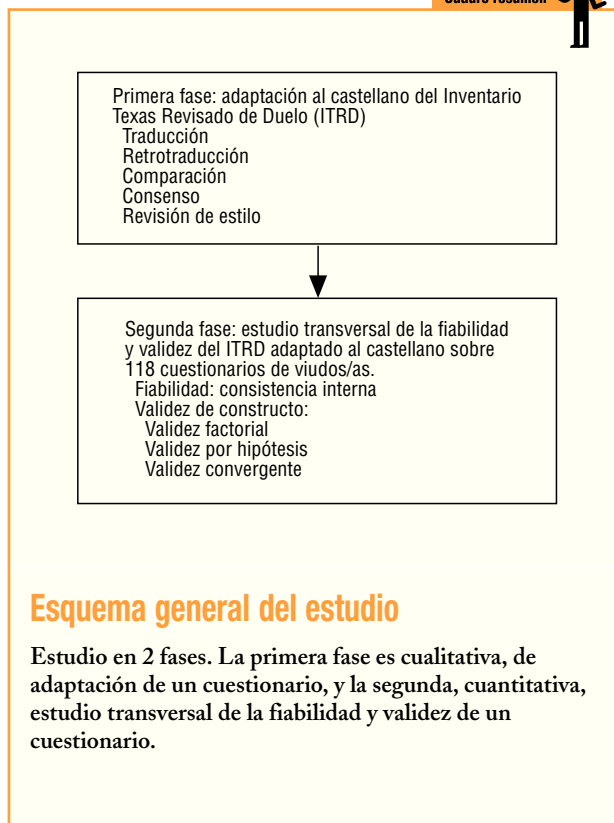
### Fases del estudio

La investigación se desarrolló en 2 fases: a) adaptación transcultural del ITRD, y b) estudio transversal para calcular su fiabilidad y validez.

En la adaptación transcultural se utilizó el método de la traducción retrotraducción<sup>17,18</sup>. Primero 2 bilingües (lengua materna castellano y segunda lengua inglés americano) tradujeron el ITRD original al castellano. Estas 2 traducciones se cotejaron con el ITRD en hispano de Grabowski y Frantz<sup>19</sup> y se obtuvo una versión inicial, que fue retrotraducida al inglés americano por otros 2 bilingües (lengua materna inglés americano y segunda lengua castellano). Se compararon las dos retrotraducciones y se analizaron las diferencias, se consultó con otro bilingüe y se elaboró una versión definitiva en castellano que fue corregida por un experto en filología. Antes de todo el proceso se obtuvo el permiso de los autores originales.

El trabajo de campo se llevó a cabo en los años 1995-1997 en una muestra intencional de viudos/as, usuarios/as de los centros de salud de Basauri, Sestao, Ortuella y Algorta de Vizcaya. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 14 años y haber transcrito más de 3 meses (al principio el doliente está bloqueado)<sup>20</sup> y menos de 3 años (hacia los 3 años el duelo se va estabilizando)<sup>20</sup> desde la muerte del cónyuge. Los criterios de exclusión fueron: enfermedad mental grave, alcoholismo y uso de drogas por vía

### Material y métodos Cuadro resumen



### Esquema general del estudio

Estudio en 2 fases. La primera fase es cualitativa, de adaptación de un cuestionario, y la segunda, cuantitativa, estudio transversal de la fiabilidad y validez de un cuestionario.

parenteral. El listado de los posibles candidatos se obtuvo de los centros de salud y el primer contacto lo establecía –en la consulta o por teléfono– su médico de familia, quien les explicaba en qué consistía el estudio y les proponía una entrevista con uno de los investigadores, en la que se les concretaba su participación y se les entregaban los cuestionarios, una carta de agradecimiento e información escrita sobre el proyecto. Solamente 3 personas declinaron participar.

### Cuestionarios

Las variables sociodemográficas y los datos relacionados con el fallecimiento se registraron en un cuestionario elaborado *ad-hoc*; el proceso de duelo se exploró con el ITRD y el Inventario de Experiencias en Duelo (IED)<sup>21</sup>, este último adaptado al castellano y validado en nuestro medio por García-García et al<sup>22</sup>.

El ITRD<sup>16</sup> (anexo en Internet) tiene 21 ítems con 5 categorías de respuesta (tipo Likert) –desde «completamente verdadera» (5 puntos) hasta «completamente falso» (1 punto)–, es autoadministrado y se rellena aproximadamente en 10 min. Para su evaluación se suman las puntuaciones de cada ítem y se calculan los totales de cada una de las 2 partes del cuestionario: la parte I, de 8 ítems y 40 de puntuación máxima, que explora la conducta y los sentimientos del doliente en los momentos inmediatos al fallecimiento; y la parte II, de 13 ítems y 65 de puntuación máxima, que explora los sentimientos actuales del doliente en relación con el fallecido.

El IED<sup>21,22</sup> 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 (deseperanza, enfado, culpa, aislamiento social,

**TABLA 1** Características sociodemográficas de los participantes en los que se administró y analizó el ITRD adaptado (n = 118)

Sexo	
Varones	24 (20,3%)
Mujeres	94 (79,7%)
Edad (años)	
Total	62 ± 11
Varones	65 ± 12
Mujeres	61 ± 11
Estudios	
Primarios	88 (74,6%)
Bachiller	10 (8,5%)
BUP-FP2	2 (1,7%)
Universitarios	1 (0,8%)
NS/NC	17 (14,4%)
Laboral	
Labores del hogar	72 (61%)
Jubilados	23 (19,5%)
Trabajando	18 (15,3%)
Parados	2 (1,7%)
NS/NC	3 (2,5%)

ITRD: Inventario Texas Revisado de Duelo; DE: desviación estándar; NC/NC: no sabe/no contesta.

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).

### Análisis

El tamaño de la muestra se estimó en 130 sujetos para un coeficiente alfa esperado de 0,70, una precisión de 0,10 y una confianza del 95%<sup>23</sup>. La fiabilidad se expresó como la consistencia interna (homogeneidad) de las escalas del ITRD y se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach. La validez de constructo se expresó como: a) la validez factorial<sup>24</sup>, que se comprobó mediante análisis factorial y estudio de las matrices de las cargas factoriales rotadas ortogonalmente por el método varimax; b) la validez por hipótesis<sup>23</sup> mediante la comparación de medias (prueba de la t de Student o de la U de Mann-Whitney para muestras independientes) de las escalas del ITRD entre viudos/viudas, distintos grupos de edad, muerte inesperada/anunciada, muerte en el domicilio/hospital, duelo temprano/tardío, y la comparación de medias entre distintos estudios, y c) la validez convergente, mediante el análisis de correlación (coeficientes rho de rangos de Spearman para variables ordinales) de las escalas del ITRD con las del IED. Se asumió un nivel de significación de  $p < 0,05$  y los datos se analizaron con el programa SPSS 6.01.

## Resultados

Se recogieron 140 cuestionarios de viudos/as, de los que se rechazaron 21 por tener valores elevados ( $T > 70$ ) en las es-

**TABLA 2** Fiabilidad: consistencia interna (alfa de Cronbach) del ITRD adaptado al castellano (viudos/as, n = 118) y del original de Faschingbauer (todo tipo de duelo, n = 260)

Escalas ITRD	ITRD adaptado		ITRD original	
	Ítems	Alfa	Ítems	Alfa
Parte I: pasado	8	0,75	8	0,77
Parte II: presente	13	0,86	13	0,86

ITRD: Inventario Texas Revisado de Duelo.

**TABLA 3** Validez de constructo factorial: análisis factorial del ITRD adaptado (viudos/as, n = 118)

Escalas ITRD	Matriz factorial rotada	
	Factor 1	Factor 2
Parte I: pasado		
Ítem 1	0,01	0,54 <sup>a</sup>
Ítem 2	0,21	0,55 <sup>a</sup>
Ítem 3	0,16	0,6 <sup>a</sup>
Ítem 4	0,22	0,3 <sup>a</sup>
Ítem 5	0,14	0,58 <sup>a</sup>
Ítem 6	0,30	0,73 <sup>a</sup>
Ítem 7	-0,03	0,62 <sup>a</sup>
Ítem 8	0,08	0,47 <sup>a</sup>
Parte II: presente		
Ítem 1	0,72 <sup>a</sup>	0,19
Ítem 2	0,75 <sup>a</sup>	0,03
Ítem 3	0,54 <sup>a</sup>	0,27
Ítem 4	0,74 <sup>a</sup>	-0,10
Ítem 5	0,62 <sup>a</sup>	0,09
Ítem 6	0,63 <sup>a</sup>	0,31
Ítem 7	0,45 <sup>a</sup>	0,40
Ítem 8	0,53 <sup>a</sup>	0,05
Ítem 9	0,69 <sup>a</sup>	0,21
Ítem 10	0,52 <sup>a</sup>	0,15
Ítem 11	0,50 <sup>a</sup>	0,12
Ítem 12	0,53 <sup>a</sup>	0,30
Ítem 13	0,59 <sup>a</sup>	0,28
Autovalores	6,35	2,01
Porcentaje de varianza	30,20	9,60

ITRD: Inventario Texas Revisado de Duelo.

<sup>a</sup>Saturaciones más importantes de los ítems al factor correspondiente.

calas de validez del IED y 1 por no estar bien rellenado; se analizaron definitivamente 118 cuestionarios (tabla 1). La mayoría eran de mujeres (94; 79,7%), con una media de edad de 61 años y un tiempo medio desde la muerte de 16 ± 11,5 meses. El fallecimiento se había producido en el

**TABLA 4** Validez de constructo por hipótesis: comparación de medias de cada una de las escalas del ITRD adaptado al castellano en los viudos/as (n = 118) según sexo, edad, tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la última enfermedad y la muerte, lugar del fallecimiento y tiempo transcurrido desde la pérdida (pruebas de la t de Student o de la U de Mann-Whitney)

Escalas ITRD	Sexo		Edad		Tiempo entre diagnóstico y muerte		Lugar fallecimiento		Tiempo transcurrido desde la pérdida	
	Varón (n = 24)	Mujer (n = 94)	< 54 años (n = 30)	> 70 años (n = 31)	< 1 mes (n = 41)	> 1 año (n = 24)	Domicilio (n = 42)	Hospital (n = 65)	3-6 meses (n = 37)	> 2 años (n = 35)
	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE
Parte I: pasado	24,45 ± 6,15	26,70 ± 7,57	26,06 ± 7,42	24,09 ± 7,71	27,53* ± 7,05	23,41* ± 6,46	24,76* ± 7,46	27,77* ± 7,00	23,29* ± 8,01	28,05* ± 6,16
Parte II: presente	51,12 ± 11,10	52,10 ± 10,13	51,36 ± 9,16	50,19 ± 11,01	53,82* ± 10,64	47,83* ± 11,63	50,67 ± 9,33	53,23 ± 10,99	50,45 ± 9,09	51,42 ± 12,82

ITRD: Inventario Texas Revisado de Duelo; DE: desviación estándar.  
\*p < 0,05.

**TABLA 5** Validez de constructo por hipótesis: comparación del ITRD adaptado al castellano (viudos/as, n = 118, pérdida entre 3 meses y 3 años) con el original de Faschingbauer (todo tipo de duelo, n = 152 en parte I, n = 143 en parte II, pérdida entre 1 y 5 años) y la versión en hispano de Grabowski y Frantz (n = 100)

Escalas ITRD	ITRD adaptado al castellano		ITRD original (Faschingbauer)		ITRD hispano (Latinos = 50)		ITRD hispano (Anglosajones = 50)	
	Media ± DE	IC del 95%	Media ± DE	IC del 95%	Media ± DE	IC del 95%	Media ± DE	IC del 95%
Parte I: pasado	26,25 ± 7,34	24,92-27,57	17,8 ± 8,63	16,4-19,2	22,4 ± 10	19,63-25,17	20,1 ± 8,7	17,33-22,87
Parte II: presente	51,91 ± 10,21	50,05-53,76	37,1 ± 16,73	34,3-39,9	49, ± 12	45,88-52,52	39,6 ± 14,3	35,64-43,56

ITRD: Inventario Texas Revisado de Duelo; DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza.

**TABLA 6** Validez de constructo convergente: correlación (rho de Spearman) entre el ITRD y el IED (n = 118)

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

ITRD: Inventario Texas Revisado de Duelo; IED: Inventario de Experiencias en Duelo.  
<sup>a</sup>p < 0,05.

hospital en 62 (52,5%) ocasiones y por cáncer en 52 (44,1%).

*Adaptación transcultural*

Al comparar las dos retrotraducciones se encontraron 2 ítems problemáticos (ítems 7 y 13 de la parte II); se consultó con otro bilingüe independiente y, para asegurarse la equivalencia con el original, se cotejaron con el ITRD hispano<sup>19</sup>.

*Fiabilidad*

En cuanto a la consistencia interna, los coeficientes alfa de las escalas del ITRD adaptado fueron de 0,75 y 0,86. En la tabla 2 se pueden comparar con los del original.

*Validez de constructo*

– Validez factorial: del análisis factorial rotado se extrajeron 2 factores, uno que se correspondía con la parte I del ITRD y otro con la parte II (tabla 3).

– Validez por hipótesis: en la parte I se obtuvieron valores significativamente más elevados cuando la muerte había sido inesperada, se había producido en el hospital o si el tiempo transcurrido era entre 2 y 3 años; y en la parte II los valores fueron significativamente más elevados cuando la muerte había sido inesperada (tabla 4). En la tabla 5 se pueden comparar las puntuaciones del ITRD adaptado con las del original y las del ITRD en hispano.

– Validez convergente: las dos partes del ITRD adaptado se correlacionaron positiva y significativamente con todas las escalas del IED, excepto con la de negación (tabla 6).

## Discusión

Los coeficientes alfa del ITRD adaptado son similares a los del original<sup>16</sup> y se sitúan entre los de un cuestionario ideal (0,70-0,90)<sup>23</sup>. No se calculó el coeficiente de fiabilidad test-retest porque el duelo es un proceso cambiante en el tiempo, eligiéndose el coeficiente alfa por basarse en una única medición.

Del análisis factorial del ITRD adaptado se extraen 2 factores, como en el original<sup>16</sup>, y todas las saturaciones de los ítems a su escala correspondiente son superiores a 0,40 (menos la del ítem 4 de la parte I) y en 9 incluso superan a 0,60. Con estas saturaciones, y con independencia del tamaño muestral, se puede hablar de un constructo sólido y claramente interpretable<sup>25</sup>. El primer factor se refiere al «impacto» inicial tras la muerte y se resume en «lo dejé todo, a mi familia, a mis amigos, el trabajo... y estaba enfadado, irritable y cansado/a, pero no podía dormir»; y el segundo se refiere al «aquí y ahora» y se resume en «su recuerdo me invade, estoy triste, le/la añoro, no puedo aceptarlo y nada ni nadie podrá jamás ocupar su lugar».

Con el ITRD adaptado no se encuentran diferencias significativas entre viudos y viudas; esto no se corresponde con los resultados de los autores originales<sup>16</sup>, pero la media de edad de los dolientes de su estudio era de 33 años<sup>16</sup> y la del nuestro de 62 y, aunque en personas jóvenes hay diferencias en el duelo según el sexo, con la edad –probablemente por el proceso de masculinización emocional que sufre la mujer<sup>26</sup>– estas diferencias desaparecen<sup>27</sup>.

No sorprende que la muerte inesperada desencadene un duelo más intenso, pues en una «muerte anunciada» el duelo se amortigua en parte<sup>28</sup> por la anticipación; además, este resultado coincide con lo encontrado por Grabowski y Frantz<sup>19</sup>. Tampoco extraña que los duelos sean más intensos en las muertes hospitalarias, pues el deseo de morir en casa es casi un universal en nuestra cultura y una característica principal de «la buena muerte»<sup>22,29</sup>. Puede llamar la atención que el duelo sea más intenso a los 2-3 años del fallecimiento, pero con el paso del tiempo el doliente va tomando más conciencia de lo que ha perdido<sup>16,22</sup> y lo suele expresar como «ahora estoy peor...», «... es como que me doy más cuenta», etc.<sup>20</sup>.

Por otro lado, las puntuaciones del ITRD adaptado al castellano y las del ITRD hispano en dolientes latinos<sup>19</sup> son más altas que las del ITRD original<sup>16</sup> y las del ITRD hispano en dolientes anglosajones<sup>19</sup>. Ambos resultados son muy plausibles desde un punto de vista sociocultural (lo expresivo de los latinos y lo contenido de los anglosajones)<sup>30</sup> y plenamente coincidentes con el estudio de Grabowski & Frantz<sup>19</sup>.

Discusión

Cuadro resumen



### Lo conocido sobre el tema

- El nivel asistencial ideal para los cuidados de duelo es, según algunos autores, la atención primaria.
- Poder evaluar el duelo en la propia consulta del médico de familia es fundamental.
- El Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) es un cuestionario específico de duelo de 21 ítems, autoadministrado, rápido, sencillo, fiable y válido en el ambiente cultural donde fue desarrollado, es decir, Estados Unidos.

### Qué aporta este estudio

- La adaptación al castellano del ITRD.
- Los datos de fiabilidad y validez del ITRD adaptado al castellano.
- El desarrollo de un cuestionario específico de duelo en castellano, rápido, sencillo, fiable y válido que se puede usar en las consultas de los médicos de familia de nuestro entorno.

Finalmente, si 2 instrumentos convergen midiendo el mismo constructo, es esperable una correlación de 0,40-0,80<sup>23</sup> y esto es precisamente lo que ocurre entre el ITRD y el IED.

En conclusión, en la evaluación del duelo tras la muerte del cónyuge el ITRD adaptado al castellano es tan válido y fiable como el original. Sería interesante utilizarlo en diferentes poblaciones, en otros tipos de pérdida y en estudios de intervención. Actualmente, dos de los propios autores (JAGG y VLP) están llevando a cabo un estudio de intervención en duelo en atención primaria, cuya variable principal de resultados es el ITRD adaptado.

### Agradecimiento

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las personas que en momentos tan difíciles se prestaron a rellenar los cuestionarios, a Thomas Faschingbauer por darnos su permiso para adaptar el ITRD al castellano, a Jo-Anne Grabowski por permitirnos utilizar la versión hispana del ITRD, a Gonzalo Grandes Odriozola por su estímulo y apoyo, a Pilar Calvo Aledo por empezar con nosotros, a Eamon Paul Dowling por su enorme paciencia en la adaptación del ITRD y en la traducción del manual, a Guillermo Andrés Fernández por la revisión del cuestionario de un filólogo experto y a Esther Torres Álvarez por poner a nuestra disposición sus conocimientos en psicometría.



## Bibliografía

1. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res.* 1967;11:213-8.
2. Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry.* 1991;148:1346-52.
3. 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;51:269-74.
4. Maddison D, Viola A. The health of the widows in the year following bereavement. *J Psychosom Res.* 1968;12:297-306.
5. Parkes CM. Effects of bereavement on physical and mental health—a study of the medical records of widows. *Br Med J.* 1964;2:274-9.
6. Jacobs S. Traumatic grief: diagnosis, treatment, and prevention. Philadelphia: Taylor & Francis; 1999. p. 89-101.
7. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health.* 1987;77:283-7.
8. López M, Ela M, Bartolomé N, Gómez J, García-García JA. Is the use of the health care system increased by grief? Proceedings of the 7th Congress of the European Association for Palliative Care; 2001 April 1-5; Palermo, Italy. Milano: EAPC; 2001. p. 157.
9. García-García JA, Landa V, Trigueros MC. El proceso de duelo en atención primaria. En: De la Revilla L, editor. Libro del Año de Medicina Familiar y Comunitaria 1995. Madrid: Saned; 1995. p. 181-207.
10. Harris T, Kendrick T. Bereavement in general practice: a survey in South Thames Health Region. *Br J Gen Pract.* 1998;46:1560-4.
11. Saunderson EM, Ridsdale L. General practitioner beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *BMJ.* 1999;319:293-6.
12. Jacobs SC. Measures of the psychological distress of bereavement. En: Zisook S, editor. Biopsychosocial aspects of bereavement. Washington: American Psychiatric Press; 1987. p. 127-38.
13. Gabriel RM, Kirschling JM. Assessing grief among bereaved elderly: a review of existing measures. *Hosp J.* 1989;5:29-54.
14. Hansson RO, Carpenter BN, Fairchild SK. Measurement issues in bereavement. En: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson R, editors. Handbook of bereavement: Theory, research and intervention. Cambridge: Cambridge University Press; 1993. p. 62-74.
15. Faschingbauer TR, De Vaul RA, Zissok S. Development of the Texas Inventory of Grief. *Am J Psychiatry.* 1977;134:696-8.
16. Faschingbauer TR. Texas Revised Inventory of Grief manual. Houston: Honeycomb Publishing; 1981.
17. Brislin RW, Lonner WJ, Thorndike RM. Cross-cultural research methods. New York: John Wiley & Sons; 1973. p. 32-58.
18. 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;46:1417-32.
19. Grabowski J, Frantz TT. Latinos and anglos: cultural experiences of grief intensity. *Omega.* 1992-1993;26:273-85.
20. 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;18:475-83.
21. Sanders CM, Mauger PA, Strong PN. A manual for the Grief Experience Inventory. North Carolina: The Center for the Study of Separation and Loss; 1985.
22. García-García JA, Landa V, Trigueros MC, Gaminde I. Inventario de Experiencias en Duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria.* 2001;27:86-93.
23. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press; 1995.
24. Muñoz J. Teoría clásica de los tests. Madrid: Pirámide; 1992. p. 122-4.
25. Martínez R. Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos. Madrid: Síntesis; 1995. p. 496-7.
26. Martin TL, Doka KJ. Men don't cry... women do: transcending gender stereotypes of grief. Philadelphia: Brunner/Mazel; 2000. p. 106.
27. Quigley DG, Schatz MS. Men and women and their responses in spousal bereavement. *Hosp J.* 1999;14:65-78.
28. Sanders CM. Effects of sudden versus chronic illness death on bereavement outcome. *Omega.* 1983;11:227-41.
29. Bajo J, García-García JA, Landa V, Marijuan L, Rodríguez JJ. Cuidado del enfermo terminal visto por el médico de familia. *Aten Primaria.* 1990;7:538-46.
30. 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, UK. London: European Association for Palliative Care; 1997. p. S18-9.