

## **Adaptación al español y validación de la Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) con el ser querido fallecido**

**Spanish adaptation and validation of the Continuig Bonds Scale (CBS) with the deceased loved one**

**Adaptação ao espanhol e validação da escala de continuidade de vínculos (ECV) com o amado falecido**

**Alfonso Miguel García Hernández<sup>1</sup>, Pedro Ruymán Brito Brito<sup>2</sup>, Martín Rodríguez Álvaro<sup>3</sup>, Domingo Ángel Gutiérrez Fernández<sup>4</sup>, Cristo Manuel Marrero González<sup>5</sup>, Carlos Enrique Martínez Alberto<sup>6</sup>, Daniel Martínez Esquivel<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Enfermero. Doctor. Profesor Titular en el Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Responsable y Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA). Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-2838-8735>. Correo electrónico: [almigar@ull.edu.es](mailto:almigar@ull.edu.es)

<sup>2</sup>Enfermero. Doctor. Profesor Asociado en el Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-8048-9701>. Correo electrónico: [pbritobr@ull.edu.es](mailto:pbritobr@ull.edu.es)

<sup>3</sup>Enfermero. Doctor. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de Salud. Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7129-0912>. Correo electrónico: [mrodrigu@ull.edu.es](mailto:mrodrigu@ull.edu.es)

<sup>4</sup>Enfermero. Doctor. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de Salud. Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9151-6579>. Correo electrónico: [dferguts@gobiernodecanarias.org](mailto:dferguts@gobiernodecanarias.org)

<sup>5</sup>Enfermero. Doctor. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de Salud. Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6202-2411>. Correo electrónico: [cmmarrerogonzalez@gmail.com](mailto:cmmarrerogonzalez@gmail.com)

<sup>6</sup>Enfermero Doctor. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud. Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0252-5308>. Correo electrónico: [cmaralbp@gobiernodecanarias.org](mailto:cmaralbp@gobiernodecanarias.org)

<sup>7</sup>Enfermero. Estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias Médicas y Farmacéuticas, Desarrollo y Calidad de Vida de la Universidad de La Laguna. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1171-9278>. Correo electrónico: [daniel.martinezesquivel@ucr.ac.cr](mailto:daniel.martinezesquivel@ucr.ac.cr)

Correspondencia: Alfonso M. García Hernández. C/ Sta. María Soledad, s/n. Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería y Fisioterapia. Apartado 456. Código postal 38200. San Cristóbal de La Laguna. S/C de Tenerife

Correo electrónico de contacto: almigar@ull.edu.es

Para citar artículo: García-Hernández, A.M., Brito-Brito, P.R., Rodríguez-Álvaro, M., Gutiérrez-Fernández, D.A., Marrero-González, C.M., Martínez Alberto, C.E., & Martínez Esquivel, D. (2021).. Adaptación al español y validación de la Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) con el ser querido fallecido. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.19>

Recibido:20/12//2021 Aceptado: 17/04/2021



## RESUMEN

Este estudio presenta la validación española de la Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) compuesta por dos dimensiones: Interiorizada (10 ítems) y exteriorizada (6 ítems). Primero se realizó la traducción-retrotraducción. En la puesta a prueba participaron 255 dolientes de Canarias (España) quienes respondieron mediante encuesta (febrero-marzo 2021). Perfil: mujeres, mediana edad, estudios superiores, laboralmente activas, tiempo desde la pérdida de 2-5 años y parentesco más común, progenitores. La consistencia interna arrojó un  $\alpha$  de Cronbach=0,914 y correlaciones ítems-puntuación total aceptables, en rangos 0,478-0,720. En fiabilidad test-retest las puntuaciones de acuerdo fueron excelentes (CCI=0,889; 0,795-0,940). En validación convergente, una correlación con la *Escala de inclusión del otro en el yo* de  $r_s=-0,402$  ( $p<0,001$ ), nivel adecuado. Para la validez de constructo concurrente las puntuaciones totales se correlacionaron con variables sumatorias de duelo prolongado de Prigerson y diagnósticos enfermeros NANDA-I:  $r_s=0,568$ ,  $r_s=0,391$ ,  $r_s=0,408$ , y  $r_s=0,446$  ( $p<0,001$ ). El análisis factorial confirmó dos dimensiones y la varianza total explicada fue 57,153%. Por último, la validez de grupos conocidos mostró diferencias según sexo, parentesco y causa de muerte. La ECV adaptada y validada al contexto español, ECoVin, resulta un instrumento válido, fiable y fácil de usar para evaluar la continuidad de vínculos con seres queridos fallecidos.

**Palabras clave:** Duelo; encuestas y cuestionarios; estudio de validación; escala de continuidad de vínculos; diagnóstico de enfermería.

## ABSTRACT

This study presents the Spanish validation of the Continuing Bonds Scale (CBS) composed of two dimensions: Internalised (10 items) and externalised (6 items). First, translation-retro translation was carried out. A total of 255 mourners from the Canary Islands (Spain) participated in the test and responded through a survey (February-March 2021). Profile: women, middle-aged, higher education, active at work, time since loss 2-5 years and most common relationship, parents. Internal consistency yielded a Cronbach's  $\alpha=0.914$  and good item-total score correlations, ranging 0.478-0.720. In test-retest reliability, agreement scores were excellent (ICC=0.889; 0.795-0.940). In convergent validation, a correlation with the *Inclusion of the Other in the Self (IOS)* scale of  $r_s=-0.402$  ( $p<0.001$ ) was adequate. For concurrent construct validity total scores correlated with summative variables of Prigerson prolonged grief and NANDA-I nursing diagnoses:  $r_s=0.568$ ,  $r_s=0.391$ ,  $r_s=0.408$ , and  $r_s=0.446$  ( $p<0.001$ ). Factor analysis confirmed two dimensions, and the total variance explained was 57.153%. Finally, known-group validity showed differences according to sex, kinship and cause of death. The CBS adapted and validated to the Spanish context, ECoVin, is a valid, reliable and easy-to-use instrument to assess the continuity of bonds with deceased loved ones.

**Keywords:** Grief; surveys and questionnaires; validation study; continuing bonds scale; nursing diagnosis.

## RESUMO

Este estudo apresenta a validação espanhola da Escala de Continuidade de Vínculos (ECV) composta por duas dimensões: internalizada (10 itens) e externalizada (6 itens). A tradução-retrotradução foi realizada primeiro. 255 enlutados das Ilhas Canárias (Espanha) participaram do teste e responderam por meio de um inquérito (fevereiro-março de 2021). Perfil: mulheres, meia-idade, ensino superior, trabalho ativo, tempo desde a perda de 2-5 anos e relacionamento mais comum, pais. A consistência interna rendeu  $\alpha$  de Cronbach = 0,914 e correlações item-pontuação total aceitáveis, em intervalos de 0,478-0,720. Na confiabilidade teste-reteste, os escores de concordância foram excelentes (ICC = 0,889; 0,795-0,940). Na validação convergente, correlação com a Escala de inclusão do outro no self de  $r_s=-0,402$  ( $p <0,001$ ), nível adequado. Para a validade de construto concorrente, os escores totais foram correlacionados com as variáveis de soma do luto prolongado de Prigerson e os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I:  $r_s=0,568$ ,  $r_s=0,391$ ,  $r_s=0,408$  e  $r_s=0,446$  ( $p <0,001$ ). A análise fatorial confirmou duas dimensões e a variância total explicada foi de 57,153%. Por fim, a validade dos grupos conhecidos mostrou diferenças quanto ao sexo, parentesco e causa da morte. O ECV adaptado e validado para o contexto espanhol, ECoVin, é um instrumento válido, confiável e fácil de usar para avaliar a continuidade dos laços com amados falecidos.

**Palavras-chave:** Luto; inquéritos e questionários; estudo de validação; escala de continuidade de vínculos; diagnóstico de enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

La continuidad de vínculos aparece por primera vez como un concepto asociado al duelo en 1996 y fue incorporado por Klass, Silverman y Nickman. Bajo este enfoque la pérdida se entiende desde una perspectiva diferente a como se propone en los modelos clásicos de comprensión del duelo en los cuales se “dejaba ir” al difunto. Durante el siglo XX, se entendía que el duelo sano requería que los dolientes se separasen emocionalmente del ser querido fallecido, teoría apoyada por la obra de Freud (1917).

Más recientemente, ya en el siglo XXI y como consecuencia de nuevos modelos de comprensión del duelo, se afirma que éste no desaparece, sino que supone un periodo complejo en la vida normal de las personas lleno de cambios y en el cual los dolientes transitan hacia nuevas formas de relacionarse con quienes ya no están, consigo mismos y con el mundo que les rodea (Bruner, 1986). No están del todo claras las relaciones entre el mantenimiento de los vínculos con la persona fallecida y el desarrollo de un duelo no adaptativo, existiendo nuevas teorías contemporáneas que hacen propuestas para su análisis (Stroebe, Schut & Boerner, 2010). Continuar conectados con nuestros muertos no significa vivir en el pasado, sino que la naturaleza misma de la vida cotidiana cambia con la propia muerte de un ser querido. Los vínculos cambian a lo largo del tiempo mientras que la conexión se mantiene y debe ser legitimada por las redes de apoyo del doliente.

La clasificación de diagnósticos enfermeros de NANDA-I, en su undécima edición 2018-2020 (Herdman & Kamitsuru, 2019), incluía tres tipos de diagnósticos de duelo: *Duelo*, *Riesgo de duelo complicado* y *Duelo complicado*. Además, como característica definitoria del primero de ellos se reconocía el hecho de “mantener una conexión con el fallecido” lo cual va en la línea argumentada respecto a la continuidad de vínculos en los procesos de duelo. En una edición más reciente, 2021-2023 (Herdman, Kamitsuru & Takáo, 2021), la tipología y denominación de estos diagnósticos de duelo ha sido revisada y actualizada, quedando del siguiente modo: *Disposición para mejorar el duelo*, *Riesgo de duelo no adaptativo* y *Duelo no adaptativo*. Los autores argumentan que el proceso de duelo no cumple con la definición de NANDA-I para los diagnósticos focalizados en problemas (Rodríguez, García, & Brito, 2020) tratándose de una respuesta humana natural ante un suceso vital como es la pérdida de un ser querido. No obstante, y según exponen, esto no significa que las enfermeras no ofrezcan soporte a las personas que viven un proceso de duelo ya que éstas podrían expresar su deseo de mejorar dicha

experiencia. Es por ello por lo que la nueva taxonomía diagnóstica incluye el enunciado *Disposición para mejorar el duelo* en lugar de *Duelo*.

Existen instrumentos validados que permiten medir el grado en que los dolientes se mantienen conectados con sus seres queridos fallecidos. Ello nos permite estudiar su relación con el desarrollo de duelos no adaptativos. La Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) (Field, Gal-Oz, & Bonanno, 2003) se construye como continuación de un estudio previo cuyo objetivo era desarrollar una herramienta válida y fiable para valorar el mantenimiento de esta conexión (Field, Nichols, Holen, & Horowitz, 1999). La versión validada por Field y Filanosky (2010) ha sido traducida y adaptada al chino (Mei, Jie, & Kan, 2015) al italiano (De Luca et al., 2016) y al portugués (Albuquerque, Narciso, & Pereira, 2019). No obstante, no disponemos de una adaptación y validación de dicha escala para ser utilizada en el contexto del idioma español.

El objetivo de este estudio consiste en adaptar al español la ECV y evaluar propiedades psicométricas de validez y fiabilidad.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### ***Diseño***

Estudio de adaptación y validación al contexto español de la ECV con análisis de sus propiedades psicométricas bajo el marco de teoría clásica de los test.

### ***Muestra y procedimiento de obtención de datos***

Participaron 255 personas en duelo que respondieron al cuaderno de recogida de datos, tras dar su consentimiento informado, vía internet a través de una encuesta *en línea* realizada en Google Forms® entre el 24 de febrero y el 23 de marzo de 2021. El equipo investigador reclutó un muestreo por conveniencia tras enviar a los potenciales participantes, procedentes de toda la comunidad autónoma de Canarias, una carta de presentación explicando las características del estudio, su propósito y solicitando la colaboración. Los criterios de inclusión consistieron en ser mayor de edad, residente en Canarias, tener el español como lengua materna y haber vivido la pérdida de un ser querido, independientemente del tiempo transcurrido.

Para calcular el tamaño de muestra necesario, se utilizó la regla clásica de Nunnally y Bernstein (1994) que recomienda una proporción de 10 sujetos por cada ítem componente del instrumento a validar. Además, se suele recomendar, para la validación de instrumentos de medida de la salud, un tamaño de muestra superior a 200 sujetos (Kline, 1994). Dado que la ECV tiene 16 ítems, compuestos por cuatro opciones de respuesta cada uno, el tamaño mínimo adecuado sería de 160 sujetos, que fue ampliado para alcanzar la cifra recomendada de 200. En muestras mayores el error de muestreo es menor y por ello se intentó reclutar tantos pacientes como fuera posible (MacCallum, Widaman, Zhang, & Hong, 1999).

Para valorar la fiabilidad test-retest se empleó una submuestra conformada por 43 participantes que aceptaron continuar en el estudio. A estos sujetos se les envió de nuevo, vía correo electrónico y dos semanas después, la ECV que cumplieron utilizando el mismo código anonimizado con el que registraron el cuaderno inicial de recogida de datos.

Las características de la muestra final se presentan en la Tabla 1. Los participantes fueron mayoritariamente mujeres, de mediana edad, procedentes de las islas capitalinas, con niveles de estudios superiores y en situación laboral activa. El tiempo sucedido desde la pérdida fue entre 2 y 5 años para casi uno de cada tres encuestados y el grado de parentesco más común de la persona fallecida fue el de padre o madre.

Para obtener la versión adaptada al español de la ECV se llevó a cabo un proceso de traducción-retrotraducción (Maneesriwongul & Dixon, 2004). La ECV en su versión original de 16 ítems (Field & Filanosky, 2010) es un cuestionario autoadministrado que evalúa el grado de conexión que mantiene una persona con un ser querido tras su muerte. Las opciones de respuesta para cada enunciado son de tipo Likert, entre 1 y 4 puntos: 1- Para nada; 2-A veces; 3-A menudo; 4-Constantemente. Las puntuaciones más altas indican una mayor continuidad de vínculos con el fallecido. Además, la ECV se conforma por dos dimensiones o factores: Interiorizados y exteriorizados. La primera dimensión se compone de diez ítems y se refiere a una relación en la que el doliente aún siente a su ser querido como parte de su vida, proporcionándole una base de seguridad interior, guía o refugio. Esta dimensión, interiorizada, podría reflejar la elaboración de un proceso adaptativo de duelo. La segunda dimensión o factor, exteriorizada, tiene seis ítems e incluye expresiones referidas a momentos ilusorios asociados al ser querido fallecido como si estuviera todavía vivo, y percibiéndose incluso su presencia, el contacto físico o

manteniendo las conversaciones. Esta dimensión estaría relacionada con un proceso de duelo no resuelto o no adaptativo.

### ***Variables e instrumentos.***

#### *Sociodemográficas y de salud.*

Para describir a los participantes de la investigación se usaron las siguientes variables: Sexo, edad, lugar de residencia, estudios, situación laboral, padecimiento de enfermedad física o de algún problema de salud mental en tratamiento.

#### *Relacionadas con la pérdida.*

Los datos recolectados que tenían relación con la pérdida del ser querido fallecido fueron: Si era cuidador de la persona fallecida, dependencia económica, conflictos por resolver, ayuda para superar la pérdida, parentesco y edad del fallecido, tiempo desde que sucedió la muerte, causa, percepción de superación, nivel de comunicación habitual con los demás y vivencia de otras pérdidas significativas.

#### *Escala de inclusión del otro en el yo.*

Esta escala (Aron, Aron, & Smollan, 1992) evalúa la cercanía percibida por el doliente con su ser querido fallecido en función de la relación personal mantenida entre ambos. Para ello, se utilizan siete imágenes con dos círculos contiguos cada una (de más cerca a más lejos) en las que uno de los círculos representa al “yo” y el otro a la otra persona, en este caso al fallecido. Así, la imagen 1 representa ambos círculos con gran solapamiento entre sí (mayor cercanía/inclusión) mientras que la imagen 7 representa la separación de dichos círculos (menor cercanía/inclusión).

#### *Criterios de Duelo Prolongado.*

Los criterios de duelo prolongado desarrollados por Prigerson et al. (1999) y Prigerson y Jacobs (2001) fueron adaptados al español por García et al. (2002) y se conforman por cuatro bloques que valoran la existencia de síntomas y su evolución:

5. Criterio A. Estrés por la separación afectiva que lleva la muerte. Presentación diaria o en grado acusado de tres de cuatro síntomas: Pensamientos intrusivos acerca del fallecido, añoranza, búsqueda y/o sentimientos de soledad.
6. Criterio B. Estrés por el trauma psíquico de la muerte. Presentación diaria o en grado acusado de cuatro de los ocho síntomas: Falta de metas, sensación de



frialdad/indiferencia, dificultad para aceptar la realidad de la muerte, sentimientos de vida vacía, sentimientos de que ha muerto parte de uno mismo, asunción de síntomas/conductas perjudiciales, excesiva irritabilidad y/o alteraciones en el modo de ver el mundo.

7. Criterio C. Cronología de al menos seis meses.
8. Criterio D. Deterioro importante de la vida social, laboral a causa del fallecimiento.

En este estudio se evaluó la presencia de cada uno de los síntomas de los criterios A y B, así como los aspectos contemplados en los criterios C y D. Se conformó una variable sumatoria de toda la sintomatología asociada a los criterios de duelo prolongado según Prigerson y una variable dicotómica de su presencia/ausencia cuando se cumplían los cuatro criterios.

#### *Diagnósticos enfermeros de duelo.*

La clasificación de NANDA-I (Herdman, Kamitsuru & Takáo, 2021) cuenta con, como se mencionó anteriormente, los diagnósticos enfermeros *Disposición para mejorar el duelo*, *Riesgo de duelo no adaptativo* y *Duelo no adaptativo*. Estos enunciados fueron incluidos como variables a estudio, preguntando a los participantes por la percepción de los síntomas/componentes presentes en su proceso de duelo y correspondientes a dichos diagnósticos: características definitorias (CD) y/o factores de riesgo. De este modo, en el caso de *Disposición para mejorar el duelo* se preguntó por la presencia de CD entre las 19 posibles que incluye este diagnóstico enfermero. Para *Riesgo de duelo no adaptativo* se valoró la frecuencia en que aparecía alguno de sus factores de riesgo, entre los 5 posibles. Por último, se consideró la presencia de CD del *Duelo no adaptativo*, que cuenta con un total de hasta 26 manifestaciones clínicas.

Para la asignación diagnóstica se consideró la presencia de al menos dos CD o factores de riesgo, tal y como proponen Herdman y Kamitsuru (2015). Cuando se identificó el diagnóstico enfermero *Duelo no adaptativo* no se asignaba el problema de riesgo. En cambio, sí se consideró la presencia de *Disposición para mejorar el duelo* independientemente de que existiera o no el *Duelo no adaptativo*. Con todo ello se generaron variables secundarias, por un lado, sumatorias de las CD y/o factores de riesgo presentes, y por el otro, dicotómicas de presencia/ausencia de los tres diagnósticos enfermeros posibles, teniendo en cuenta que, como máximo, la asignación podría ser de dos enunciados para cada participante.



### *Análisis de datos*

El test de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors se utilizó para valorar la normalidad en la distribución de las variables. Para determinar el perfil de la muestra participante y la distribución de puntuaciones se usaron estadísticos descriptivos: Para las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes, y para las cuantitativas, media y desviación estándar (DE) o mediana y percentiles (5-95) según su distribución.

La fiabilidad del instrumento se determinó analizando su consistencia interna, mediante el cálculo del alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y la correlación ítem-puntuación total si se elimina el elemento, y su estabilidad con las pruebas test-retest. Se tomaron como buenos valores de consistencia interna las puntuaciones del  $\alpha$  de Cronbach superiores a 0,8. Además, estos valores se calcularon al eliminar cada ítem por separado, de cara a analizar el grado en que cada uno modificaba la fiabilidad de la escala (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Las correlaciones medias entre elementos deberían estar en valores entre 0,15 y 0,50 y las correlaciones ítem-total corregidas, por encima de 0,30 (Clark & Watson, 1995). La estabilidad de las respuestas dadas por los participantes a la ECV fue valorada mediante la correlación de las puntuaciones totales e individuales a cada ítem, obtenidas por la administración inicial del instrumento y las consecutivas, dos semanas después, utilizando los coeficientes de correlación intraclases (CCI) (Anastasi, 1976). Se consideró una adecuada reproducibilidad del cuestionario si los valores de CCI obtenidos eran iguales o mayores a 0,70 (Nunnally & Bernstein, 1994).

La validez de la escala se midió en términos de validez de criterio convergente, validez de constructo (concurrente y análisis factorial) y validez de grupos conocidos. La validez de criterio convergente se valoró mediante las puntuaciones totales y parciales, según dimensiones, de la ECV y su grado de correlación con las puntuaciones de la *Escala de inclusión del otro en el yo*, empleando los coeficientes rho de Spearman. Valores de dichos coeficientes  $r_s \geq 0,8$  indican una correlación muy fuerte,  $r_s = 0,6-0,8$  indica correlación moderada,  $r_s = 0,3-0,6$  indica correlación justa o suficiente, y  $r_s \leq 0,3$  indica una correlación pobre (Chan, 2003). La validez de constructo concurrente se probó, utilizando los mismos estadísticos descritos anteriormente, mediante la correlación de las puntuaciones totales de la ECV y los sumatorios de síntomas de duelo prolongado o no adaptativo, según criterios de Prigerson y los componentes (CD o factores de riesgo) de

los diagnósticos enfermeros. Valores de, al menos, 0,30-0,40 fueron considerados como indicativos de buena validez concurrente (Nunnally & Bernstein, 1994). Además, para la validez de constructo se realizó un análisis factorial de componentes principales (AFCP) con rotación varimax. De forma previa, se evaluó la viabilidad de los datos mediante la prueba de esfericidad de Bartlett y la de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para comprobar, a posteriori, si los ítems de la ECV cargaban hacia los mismos factores componentes de la escala en su versión original conformada por dos dimensiones. La validez de grupos conocidos se evaluó dividiendo la muestra en dos grupos en relación con las variables siguientes: Sexo, parentesco del ser querido fallecido y causa de la muerte. Así, se comprobó si existían diferencias de puntuaciones en la ECV: Entre hombres y mujeres; entre aquellos que habían perdido a su pareja o hijo frente al resto de parentescos; y quienes sufrieron una pérdida relacionada con enfermedad crónica del ser querido frente a otros motivos no esperados o imprevistos (enfermedad aguda, cáncer, pérdida perinatal, accidente, suicidio, homicidio). Las puntuaciones de la ECV se compararon, entre los diferentes grupos mencionados, utilizando la prueba U de Mann-Whitney. Las hipótesis previas eran que las mujeres participantes en el estudio, aquellos que habían vivido la muerte de la pareja o un hijo, y quienes habían experimentado la pérdida de forma imprevista, tendrían puntuaciones más altas en la ECV y/o en alguna de sus dimensiones. La comprobación de estas hipótesis permitiría establecer evidencias de una buena validez de grupos conocidos.

Todos los análisis fueron procesados con ayuda del programa estadístico SPSS 25.0 (IBM, Chicago, IL) y a niveles de significación  $p < 0,05$ .

### *Consideraciones éticas*

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y de Bienestar Animal de la Universidad de La Laguna (CEIBA2021-0454). Todos los participantes dieron su consentimiento tras ser informados de los propósitos del estudio y sus características, así como del tratamiento confidencial que recibirían sus datos personales. Se asignó un código alfanumérico que solo los investigadores conocían, según la isla de procedencia y el orden de recepción. Dicho código sería reutilizado para las pruebas test-retest en aquellos casos que aceptaron continuar participando en la investigación. Todos

los participantes lo hicieron de forma totalmente voluntaria y libres de abandonar el estudio cuando así lo considerasen sin necesidad de justificación.

## RESULTADOS

### *Traducción y retrotraducción de la ECV.*

La traducción de la escala original, del inglés al español, fue realizada por un traductor profesional especializado y nativo de español. El equipo de investigación revisó y validó la versión tentativa inicial de la ECV en español, que, a posteriori, sería la versión definitiva. Posteriormente, dicha traducción fue retrotraducida de nuevo al inglés por parte de una traductora profesional experta y nativa de habla inglesa, quien desconocía el contexto de aplicación de la escala y su finalidad. La versión retrotraducida fue revisada y validada nuevamente por el equipo de investigadores. La versión en español fue probada, en términos de comprensión y forma, en una muestra pequeña para, posteriormente, ser sometida al proceso de validación. La traducción y retrotraducción de la ECV se presentan en la Tabla 2.

### *Distribución de las puntuaciones.*

En la Tabla 3 se describen los estadísticos de distribución de las puntuaciones para la ECV. La media obtenida para los ítems oscila en un rango entre 1,15 y 3,16 puntos (con puntuaciones de 1 a 4, según la escala de respuestas de tipo Likert). Con respecto al total de puntuación de la escala, la media es de 32,34(DE=9,085) puntos, en un rango entre 16 (mínima puntuación posible) y 64 puntos (máxima puntuación posible). Además, se observó una media de 2,83(DE=1,942) puntos en la *Escala de inclusión del otro en el yo* lo cual representa mayor cercanía percibida con el fallecido por parte de los dolientes. Un 3,9% de la muestra (n=10) cumplía los cuatro criterios de duelo prolongado de Prigerson, siendo la media de síntomas de 3,19(DE=2,923) con un máximo de catorce posibles. En relación con los diagnósticos enfermeros de duelo: La media de CD para *Disposición para mejorar el duelo* fue de 4,28(DE=4,118) entre 19 CD posibles. Este diagnóstico fue asignado al 64,3% de la muestra participante (n=164). La media de factores de riesgo en el diagnóstico *Riesgo de duelo no adaptativo* fue de 0,66(DE=0,954) asignándose este problema potencial en un solo caso. Por último, la media de CD para el

*Duelo no adaptativo* fue de 3,47 (DE=4,244) y el problema se asignó al 55,3% (n=141) de dolientes.

### *Fiabilidad*

#### *Consistencia interna.*

La Tabla 3 muestra los resultados de las pruebas de consistencia interna realizadas al instrumento. El valor global de  $\alpha$  de Cronbach para la ECV fue de 0,914, indicando un nivel excelente de consistencia interna según George y Mallery (2003). Además, ninguno de los ítems, al ser eliminado de la escala producía un incremento en el valor de  $\alpha$  de Cronbach. Con respecto a las correlaciones entre los ítems y la puntuación total, los valores obtenidos fueron aceptables, en un rango entre 0,478-0,720.

#### *Fiabilidad test-retest.*

En la Tabla 3 se presentan los resultados de las pruebas test-retest para cada ítem y para el total de la ECV. Las puntuaciones de acuerdo para el total de la ECV son excelentes entre ambas administraciones del instrumento, separadas por un periodo de dos semanas (CCI=0,889; 0,795-0,940;  $p<0,001$ ). De forma individual, los ítems alcanzaron grados de acuerdo adecuados o excelentes, a nivel general, excepto en los casos de los ítems 11 y 12, en los cuales se obtuvieron bajas puntuaciones.

### *Validez de criterio*

#### *Validación convergente.*

La correlación entre las puntuaciones totales de la ECV y la *Escala de inclusión del otro en el yo* obtuvo un valor  $r_s=-0,402$  ( $p<0,001$ ), lo que indica un nivel justo o suficiente. La asociación es inversa dado que mayores puntuaciones en la ECV significa mayor conexión con el fallecido mientras que este aspecto se evalúa en la *Escala de inclusión del otro en el yo* con puntuaciones menores (entre 1-7). Las correlaciones entre la puntuación de esta escala y las puntuaciones, por separado, de las dos dimensiones de la ECV, interiorizada y exteriorizada, obtuvieron valores de  $r_s=-0,396$  y  $r_s=-0,239$ , respectivamente ( $p<0,001$ ). Esto indica una fuerza de correlación justa o suficiente, para el primer caso, y pobre, para el segundo.

### *Validez de constructo:*

#### *Validez concurrente.*

Las puntuaciones totales de la ECV se correlacionaron positivamente con las variables sumatorias de síntomas, tanto la de los criterios de Prigerson como las de los diagnósticos enfermeros *Disposición para mejorar el duelo*, *Riesgo de duelo no adaptativo* y *Duelo no adaptativo*. Los valores respectivos, rho de Spearman, alcanzados fueron indicativos de buena validez concurrente:  $r_s=0,568$ ,  $r_s=0,391$ ,  $r_s=0,408$ , y  $r_s=0,446$  ( $p<0,001$ ).

#### *Análisis factorial.*

La prueba de esfericidad de Bartlett y la de KMO (0,917,  $\chi^2=2090,588$ ,  $gl=120$ ,  $p<0,001$ ) indicaron la viabilidad para realizar el AFCP en el cual se confirmó una distribución de los ítems de la escala en dos dimensiones, al igual que la versión original, tal y como se presenta en la Tabla 4 y el Gráfico 1. La varianza total explicada del instrumento conformado por estos dos factores fue del 57,153%.

### *Validez de grupos conocidos.*

Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en el total de la ECV ( $n=195$ ;  $\bar{x}=32,94$ ;  $DE=9,15$ ) que los hombres ( $n=60$ ;  $\bar{x}=30,37$ ;  $DE=8,65$ ) y también en la dimensión interiorizada ( $n=195$ ;  $\bar{x}=24,61$ ;  $DE=6,94$  vs.  $n=60$ ;  $\bar{x}=22,45$ ;  $DE=6,54$ ) comprobándose significación en estas diferencias ( $U=4795,50$ ;  $p=0,035$  y  $U=4771,00$ ;  $p=0,031$  respectivamente). Por otro lado, el grupo de dolientes que había perdido a un ser querido, siendo éste la pareja o un hijo, mostró mayores puntuaciones frente a quienes habían perdido a un familiar con otro grado de parentesco, tanto en el total de la ECV ( $n=50$ ;  $\bar{x}=34,64$ ;  $DE=9,54$  vs.  $n=205$ ;  $\bar{x}=31,78$ ;  $DE=8,90$ ) como en la dimensión interiorizada ( $n=50$ ;  $\bar{x}=26,06$ ;  $DE=7,54$  vs.  $n=205$ ;  $\bar{x}=23,62$ ;  $DE=6,67$ ). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $U=4126,50$ ;  $p=0,033$  y  $U=4137,00$ ;  $p=0,034$ ). Por último, los dolientes que habían sufrido la pérdida por una causa imprevista puntuaron más alto en la dimensión exteriorizada de la ECV frente a quienes perdieron a su ser querido por una enfermedad crónica ( $n=186$ ;  $\bar{x}=8,55$ ;  $DE=3,54$  vs.  $n=66$ ;  $\bar{x}=7,39$ ;  $DE=1,70$ ) resultando esta diferencia significativa ( $U=5042,50$ ;  $p=0,027$ ).

## DISCUSIÓN

Este artículo presenta la adaptación y validación al contexto español de la ECV que, una vez comprobados valores psicométricos adecuados de validez y fiabilidad, ha recibido el nombre de ECoVin. Disponer de un instrumento como éste permite realizar nuevos estudios para analizar la relación entre el grado de conexión con los seres queridos fallecidos y el desarrollo de un duelo no adaptativo. En estos términos, se trata de la primera investigación que incluye el lenguaje enfermero de diagnósticos NANDA-I en la validación de una ECV.

En relación a la fiabilidad del instrumento obtenido, los valores  $\alpha$  de Cronbach de ECoVin son favorables, mostrando una buena consistencia interna tanto a nivel global como para los ítems. A pesar de haberse obtenido un grado de acuerdo excelente para el conjunto de la escala en las pruebas test-retest, éstas fueron realizadas en una muestra pequeña por lo que podrían ser de interés nuevos estudios que llevaran a cabo estas pruebas en muestras más grandes para confirmar, e inclusive mejorar, nuestros hallazgos pues dos de los ítems no alcanzaron buenos valores de estabilidad.

En las pruebas de validez de criterio convergente, comprobada con la *Escala de inclusión del otro en el yo*, se obtuvieron valores adecuados, aunque justos. Consideramos que esto puede deberse a la ausencia de instrumentos “patrón oro” que permitan medir el mismo criterio evaluado por ECoVin. La *Escala de inclusión del otro en el yo* no mide exactamente el mantenimiento de una conexión con el ser querido fallecido sino más bien el grado de apego percibido por una persona respecto a la otra. De ahí la importancia de disponer, como se ofrece en nuestra investigación, de una escala válida y fiable para explorar la continuidad de vínculos como aparenta ser finalmente ECoVin.

Respecto a la validez concurrente, frente a las puntuaciones de sumatorios totales de manifestaciones clínicas de duelo prolongado (criterios de Prigerson) y no adaptativo (criterios diagnósticos de NANDA-I), los valores obtenidos indican buenos resultados. No se puede afirmar que el hecho de mantenerse conectado el ser querido fallecido tenga una relación directa con el desarrollo de un duelo no adaptativo, aunque, a priori, podría parecer que se tratase de un duelo prolongado. Las teorías contemporáneas, como la de Stroebe, Schut y Boerner (2010), hacen nuevas propuestas para su análisis. Por ello, consideramos que contar con nuevas herramientas como ECoVin permitirá poner en marcha nuevos estudios para llevar a cabo estos análisis.

Los resultados del análisis factorial confirman una estructura de dos dimensiones, ya descrita en la escala original (Field & Filanosky, 2010) y en sus adaptaciones a otros idiomas (Albuquerque, Narciso, & Pereira, 2019; De Luca et al., 2016; Mei, Jie, & Kan, 2015), compuestas por factores interiorizados y exteriorizados de conexión y mantenimiento de los vínculos. Serían necesarias nuevas investigaciones para poder confirmar las hipótesis planteadas por los autores de la escala original de que mayores puntuaciones en la dimensión interiorizada estarían relacionadas con la elaboración de un duelo “sano” y que mayores puntuaciones en la dimensión exteriorizada estarían asociadas a un duelo no adaptativo. En nuestra opinión, no está claro que esto suceda así dado que es habitual que durante el proceso de duelo existan síntomas de separación (reacción simpática al estrés: ansiedad, pánico, depresión, anhelo y búsqueda, desasosiego, entre otros), cogniciones (incredulidad, confusión, sensación de presencia, alucinaciones), conductas (cambios en hábitos alimentarios y de sueño, distracción, aislamiento social, hablar al fallecido, visitar lugar o llevar recuerdos), “lesiones” generadas por la pérdida (desorganización, problemas cardiovasculares, inmunitarios, riesgo de suicidio...) y búsqueda de significados (Rodríguez, García, & Toledo, 2008).

Las pruebas de validez discriminante, o de grupos conocidos, apuntan hacia las hipótesis esperadas, confirmando que las mujeres mantienen, o al menos expresan, una mayor continuidad de vínculos con sus seres queridos fallecidos tal y como se ha descrito en otros estudios con metodología cualitativa realizados a través de entrevistas con padres y madres que han perdido hijos (García, 2010):

*“Un hallazgo importante es que las madres hablan más, reflexionan más, lloran más y participan más activamente en las entrevistas y encuentros que los hombres. Dan más vueltas a los acontecimientos vividos, buscan repetidamente desgranar una y otra vez lo sucedido, volviendo sobre el guion de lo vivido. Examinan paso a paso, en un recorrido milimétrico todo lo acontecido... Los hombres se comportan vigilando y controlando lo cotidiano, en un tiempo más secular, centrando sus actitudes en el silencio, y sus comportamientos, están orientados a eliminar la nostalgia. En su rostro aparece la inexpresión frente a los sollozos, lloros, opiniones y actitudes de las madres. Se produce un modelo mental, actitudinal y discursivo desigual entre hombres y mujeres”.*



Parece de alto interés promover, dentro de esta línea de investigación, nuevos estudios que indaguen sobre el modo en que mujeres y hombres mantienen sus vínculos y conexiones simbólicas en el mundo de los significados y relaciones con sus seres queridos fallecidos.

Del mismo modo, respecto a la validez de grupos conocidos, aquellos dolientes que habían perdido a su pareja o a un hijo mostraron puntuaciones más altas en la escala. Se sabe que la pérdida de la pareja es uno de los sucesos vitales estresantes más significativo (Holmes & Rahe, 1967), así como la pérdida de un hijo, con quienes el mantenimiento de las conexiones es constante, como si no hubiera sucedido la muerte, llevando a los dolientes a experimentar su vida diaria como si los fallecidos siguieran presentes en ella (García, 2010). Otro grupo que mostró mayor conexión con sus seres queridos tras la muerte fue el de aquellos que experimentaron una pérdida por causa repentina o imprevisible. La evidencia indica que este tipo de pérdidas se asocia más a un duelo prolongado o no adaptativo, estimándose en casi la mitad de los adultos los que, tras sufrir una pérdida “no natural”, padecen de duelo prolongado (Djelantik et al, 2020; García et al, 2021).

Este estudio presenta algunas limitaciones que cabe destacar. En primer lugar, la ausencia de un patrón oro para evaluar el mantenimiento de la conexión con los seres queridos fallecidos, nos obligó a emplear, para las pruebas de validez de criterio convergente, otros instrumentos cercanos que miden conceptos similares como fue la *Escala de inclusión del otro en el yo*. Otra posible limitación es la ausencia de pruebas de sensibilidad al cambio, pendientes de ejecución en ulteriores estudios. Por último, podría existir un posible sesgo de selección de la muestra, a la cual se accedió vía internet a través de una encuesta *en línea*. Ello puede haber dificultado el acceso a participantes no instruidos en el uso de estas tecnologías, generalmente con niveles de estudio inferiores, tal y como se evidencia en el análisis de características de la muestra participante, con una amplia mayoría que cuenta con estudios universitarios. Es recomendable, por lo tanto, explorar la continuidad de vínculos, empleando ECoVin, en personas con niveles inferiores de estudios, o sin ellos, realizando nuevas investigaciones a tal efecto.

## CONCLUSIONES

La Escala de Continuidad de Vínculos adaptada y validada en el contexto español, ECoVin, cuenta con un nivel de desarrollo alto (grado de recomendación A), al cumplir cinco de los criterios establecidos por Badía y Alonso (2007): Traducción-retrotraducción y prueba piloto de la adaptación; validez de criterio; validez de constructo; fiabilidad interna y fiabilidad test-retest.

ECoVin resulta, por tanto, un instrumento válido, fiable y fácil de usar para evaluar el grado de conexión y la continuidad de vínculos con los seres queridos fallecidos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, I. (2019). Portuguese Version of the Continuing Bonds Scale-16 in a Sample of Bereaved Parents. *Journal of Loss and Trauma*, 25(3), 245-263. doi: <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1668133>
- Anastasi, A. 1976. *Psychological testing* (4<sup>th</sup> ed.). New York: MacMillan.
- Aron, A., Aron, E.N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of the other in the self scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 596-612. doi: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.63.4.596>
- Badía, X., & Alonso, J. (2007). *La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español*. 4<sup>a</sup> ed. Barcelona: Editec.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Jerusalem: Harvard University Press.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Chan, Y.H. (2003). Biostatistics 104: correlational analysis. *Singapore medical journal*, 44(12), 614–619.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319. doi: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- De Luca, M.L., Grossi, G., Zacarello, G., Greco, R., Tineri, M., Slavic, E., ... Palummieri, A. (2016). Adaptation and validation of the “Continuing Bond Scale” in an Italian context. An instrument for studying the persistence of the bond with the deceased in normal and abnormal grief. *International Journal of Psychoanalysis and Education*, 8(2), 37-52.
- Djelantik, A.A.A.M., Smid, G.E., Mroz, A., Kleber, R.J., & Boelen, P.A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 15(265), 146-156. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Field, N.P., Nichols, C., Holen, A., & Horowitz, M.J. (1999). The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 212-218. doi: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.2.212>

- Field, N.P., Gal-Oz, E., & Bonanno, G.A. (2003). Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 110-117. doi: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.71.1.110>
- Field, N.P., & Filanosky, C. (2010). Continuing Bonds, Risk Factors for Complicated Grief, and Adjustment to Bereavement. *Death Studies*, 34, 1-29.
- Freud, S. ([1917] 1957). Mourning and melancholia. En: J. Strachey (Ed., trans.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 251-268). London: Hogarth.
- García Hernández A.M., (2010). Vivir el duelo. La experiencia de perder un hijo. Tenerife, España: Ediciones Idea.
- García Hernández, A.M., Rodríguez Álvaro, M., Brito Brito, P.R., Fernández Gutiérrez, D.A., Martínez Alberto, C.E., & Marrero González, C.M. (2021). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Revista ENE de Enfermería*, 15(1). Recuperado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1242>
- García García, J., Landa, V., Prigerson, H., Echeverría, M., Grandes, G., Mauriz, A., & Andollo, I. (2002). Adaptación al español del Inventario de Duelo Complicado (IDC). *Medicina Paliativa*, 9(2), 10-11.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4<sup>th</sup> ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Herdman, T.H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. (10<sup>a</sup> ed.). Barcelona: Elsevier.
- Herdman, T.H., & Kamitsuru, S. (2019). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020*. (11<sup>a</sup> ed.). Barcelona: Elsevier.
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (2021). *Nursing diagnoses. Definitions and classification 2021-2023*. (12<sup>a</sup> ed.). New York: Thieme.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. doi: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Klass, D., Silverman, P.R., & Nickman, S.L. (Eds.) (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. New York: Routledge.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. New York: Routledge.
- MacCallum, R.C., Widaman, K.F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84-99. doi: <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>
- Maneesriwongul, W., & Dixon, J.K. (2004). Instrument translation process: A method review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 175-186. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03185.x>
- Mei, L., Jie, L.I., & Kan, S. (2015). Chinese version of continuing bonds scale: Validation and preliminary application. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 23(2), 251-255. doi: <https://doi.org/10.16128/j.cnki.1005-3611.2015.02.014>
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory* (3<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.

- Prigerson, H.G., Shear, M.K., Jacobs, S.C., Reynolds, C.F., Maciejewski, P.K., Davidson, J., ... Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>
- Prigerson, H.G., & Jacobs, S.C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria and a preliminary empirical test. En: Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., & Schut, H. (eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp.613-645). Washington DC: American Psychological Association.
- Rodríguez Álvaro, M., García Hernández, A.M., & Toledo Rosell, C. (2008). Duelo y duelo complicado en las consultas de Enfermería de Atención Primaria. *Revista ENE de Enfermería*, 3, 20-33.
- Rodríguez Álvaro, M., García Hernández, A.M., & Brito Brito, P.R. (2020). Grieving is not a nursing diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 31(4), 260-261. doi: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12278>
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(2010), 259-268. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.007>

Tabla 1. Características sociodemográficas (n=255).

Categoría	Frecuencia (%)	Categoría	Frecuencia (%)
		Parentesco de la persona fallecida	
Sexo		Padre/Madre	42,3
Mujer	76,5	Abuelo/a	16,1
Hombre	23,5	Hijo/a	12,9
		Otros	9,4
Isla donde reside		Hermano/a	7,5
Tenerife	47,5	Pareja	6,7
Gran Canaria	37,6	Amigo/a	5,1
La Palma	8,6		
Lanzarote	3,1	Tiempo desde la pérdida	
Fuerteventura	2,4	3 meses o menos	6,3
El Hierro	0,8	Entre 3 y 6 meses	3,1
		Entre 6 y 9 meses	2,7
Estudios		Entre 9 meses y 1 año	1,6
Universitarios	75,7	Entre 1 y 2 años	14,9
Técnicos o Formación Profesional	14,5	Entre 2 y 5 años	29,8
Secundarios	8,2	Entre 5 y 10 años	15,3
Primarios	0,8	Entre 10 y 20 años	18,0
Sin estudios/Sabe leer o escribir	0,8	Hace más de 20 años	8,2
Situación laboral		Causa de la muerte	
Trabaja por cuenta ajena	72,2	Cáncer	31,0
Desempleado	9,8	Enfermedad crónica	26,2
Trabaja por cuenta propia	7,8	Enfermedad aguda	21,8
Labores domésticas	4,3	Accidente	9,1
Estudiante	4,3	Muerte perinatal	5,6
Discapacitado	1,6	Suicidio	5,2
		Homicidio	1,2
Padece enfermedad física	13,3		
		Considera que ha superado la pérdida	
Padece problema de salud mental	3,1		43,5

		Sí	35,7
Era cuidador del ser querido fallecido	43,5	No	20,8
		No lo sabe	
Dependía económicamente de él/ella	5,9	Considera que la muerte era	52,9
		Inesperada	47,1
Tenían conflicto por resolver	9,0	Previsible	
Ha pedido ayuda para superar duelo	33,7		
		Su nivel de comunicación con los demás es escaso o bajo	10,6
Ha recibido ayuda para superar duelo	43,5		65,5
		Ha sufrido otras pérdidas importantes	

*Nota.* Media de edad del doliente: 44,96 años (DE: 10,46). Media de edad del ser querido fallecido: 57,99 años (DE: 26,7).

Tabla 2. Proceso de traducción-retrotraducción de la Escala de Continuidad de Vínculos

Ítem	Dimensión	Versión original Escala de Continuidad de Vínculos	Traducción	Retrotraducción
1	I n t e r i o r i z a d a	I thought about the positive influence of the deceased on who I am today.	He pensado en que la persona fallecida ha tenido una influencia positiva sobre quien soy hoy.	I have thought about how the deceased person had a positive influence on who I am today.
2		I was aware of how I try to live my life the way the deceased would have wanted me to live.	Me he dado cuenta de que intento vivir la vida como a la persona fallecida le hubiera gustado que yo la viviera.	I have realized that I try to live my life the way the deceased person would have wanted me to.
3		I thought about the deceased as a role model who I try to be like.	He pensado en la persona fallecida como modelo a seguir.	I have thought of the deceased person as a role model.
4		I imagined the deceased as guiding me or watching over me as if invisibly present.	Me he imaginado a la persona fallecida guiándome o cuidando de mí como si estuviera presente de forma invisible.	I have imagined the deceased person guiding me or caring for me as if they were present.
5		When making important decisions, I thought about what the deceased might have done and used this in helping me make my decision.	Cuando he tomado decisiones importantes, he pensado en lo que habría hecho la persona fallecida y me ha ayudado a tomar dichas decisiones.	When I have had to make important decisions, I have thought about what the deceased person would have done and it helped me make those decisions.
6		I was aware of attempting to carry out the deceased's wishes.	Me he dado cuenta de que he intentado cumplir los deseos de la persona fallecida.	I have realized that I try to carry out the wishes of the deceased person.
7		I experienced the deceased as continuing to live on through his or her impact on who I am today.	He sentido como si la persona fallecida siguiera viviendo a través de su influencia sobre quien soy hoy.	I have felt as if the deceased person were still alive because of his/her influence on who I am today.
8		I thought about how the deceased would have enjoyed something I saw or did.	He pensado que la persona fallecida habría disfrutado de algo que he visto o hecho.	I have thought the deceased person would have enjoyed something I saw or did.
9		I imagined sharing with the deceased something special that happened to me.	Me he imaginado compartiendo con la persona fallecida algo especial que me ha sucedido.	I have imagined myself sharing something special that happened to me with the deceased person.
10		I imagined the deceased's voice encouraging me to keep going.	Me he imaginado la voz de la persona fallecida animándome a seguir adelante.	I have imagined the voice of the deceased person encouraging me to carry on.
11	E x t e r i o r i z a d a	I actually heard the voice of the deceased speak to me.	He escuchado con mis propios oídos a la persona fallecida hablándome.	I have heard the deceased person talking to me with my own ears.
12		I briefly acted as though the deceased were not dead—such as calling out loud his or her name or preparing the table for two.	En algún momento, he actuado como si la persona difunta no hubiera fallecido, por ejemplo, llamándola en voz alta o preparando la mesa para dos.	At times I have behaved as if the deceased person had not died; for example, by calling out his/her name or setting the table for two.
13		Even if only momentarily, I have mistaken other people for the deceased.	Aunque haya sido solo por un momento, he llegado a confundir a otras personas con la persona fallecida.	I have momentarily confused someone else for the deceased person.
14		I actually felt the deceased's physical touch.	He llegado a sentir el tacto de la persona fallecida en mi propia piel.	I have actually felt the deceased person's touch on my own skin.
15		I imagined that the deceased might suddenly appear as though still alive.	Me he imaginado que la persona fallecida podría aparecer de repente como si todavía estuviera viva.	I have imagined that the deceased person could suddenly appear as if he/she were still alive.
16		I actually saw the deceased stand before me.	He visto con mis propios ojos a la persona fallecida delante de mí.	I have seen the deceased person before me with my very own eyes.



**Tabla 3. Distribución de puntuaciones y resultados de las pruebas de fiabilidad: Consistencia interna y estabilidad test-retest.**

Escala de Continuidad de Vínculos (adaptada al español)	Distribución de puntuaciones (n=255)		Consistencia interna (n=255)			Fiabilidad test-retest (n=43)	
	Media	DE	Correlación elemento-total corregida	Grado de correlación	$\alpha$ Cronbach (al eliminar el ítem)	CCI; IC 95%	Grado de correlación
1. He pensado en que la persona fallecida ha tenido una influencia positiva sobre quien soy hoy.	3,16	0,855	0,531	Suficiente	0,911	0,478; 0,214-0,678	Adecuado
2. Me he dado cuenta de que intento vivir la vida como a la persona fallecida le hubiera gustado que yo la viviera.	2,02	0,943	0,620	Moderado	0,909	0,637; 0,417-0,785	Adecuado
3. He pensado en la persona fallecida como modelo a seguir.	2,29	0,977	0,608	Moderado	0,909	0,693; 0,499-0,821	Adecuado
4. Me he imaginado a la persona fallecida guiándome o cuidando de mí como si estuviera presente de forma invisible.	2,53	1,011	0,610	Moderado	0,909	0,689; 0,493-0,819	Adecuado
5. Cuando he tomado decisiones importantes, he pensado en lo que habría hecho la persona fallecida y me ha ayudado a tomar dichas decisiones.	2,20	0,940	0,720	Moderado	0,905	0,574; 0,332-0,745	Adecuado
6. Me he dado cuenta de que he intentado cumplir los deseos de la persona fallecida.	2,03	0,992	0,663	Moderado	0,907	0,681; 0,482-0,814	Adecuado
7. He sentido como si la persona fallecida siguiera viviendo a través de su influencia sobre quien soy hoy.	2,04	0,949	0,675	Moderado	0,907	0,701; 0,510-0,826	Excelente
8. He pensado que la persona fallecida habría disfrutado de algo que he visto o hecho.	2,89	0,889	0,594	Suficiente	0,909	0,710; 0,525-0,832	Excelente
9. Me he imaginado compartiendo con la persona fallecida algo especial que me ha sucedido.	2,77	0,886	0,627	Moderado	0,908	0,713; 0,527-0,834	Excelente
10. Me he imaginado la voz de la persona fallecida animándome a seguir adelante.	2,17	1,031	0,708	Moderado	0,906	0,661; 0,455-0,800	Adecuado
11. He escuchado con mis propios oídos a la persona fallecida hablándome.	1,35	0,704	0,612	Moderado	0,909	0,225; -0,83-0,492	Pobre
12. En algún momento, he actuado como si la persona difunta no hubiera fallecido, por ejemplo, llamándola en voz alta o preparando la mesa para dos.	1,37	0,725	0,586	Suficiente	0,910	0,228; -0,068-0,489	Pobre
13. Aunque haya sido solo por un momento, he llegado a confundir a otras personas con la persona fallecida.	1,45	0,696	0,478	Suficiente	0,913	0,530; 0,274-0,715	Adecuado
14. He llegado a sentir el tacto de la persona fallecida en mi propia piel.	1,31	0,655	0,593	Suficiente	0,910	0,581; 0,332-0,752	Adecuado
15. Me he imaginado que la persona fallecida podría aparecer de repente como si todavía estuviera viva.	1,60	0,756	0,577	Suficiente	0,910	0,554; 0,312-0,730	Adecuado
16. He visto con mis propios ojos a la persona fallecida delante de mí.	1,15	0,534	0,497	Suficiente	0,913	0,455; 0,178-0,663	Adecuado
Instrumento completo: ECV	32,34	9,085	-	-	0,914	0,889; 0,795-0,940	Excelente

**Tabla 4. Análisis factorial de componentes principales.**

Ítems de la Escala de Continuidad de Vínculos		
	1	2
1. He pensado en que la persona fallecida ha tenido una influencia positiva sobre quien soy hoy.	<b>,751</b>	-,031
2. Me he dado cuenta de que intento vivir la vida como a la persona fallecida le hubiera gustado que yo la viviera.	<b>,640</b>	,268
3. He pensado en la persona fallecida como modelo a seguir.	<b>,703</b>	,164
4. Me he imaginado a la persona fallecida guiándome o cuidando de mí como si estuviera presente de forma invisible.	<b>,733</b>	,129
5. Cuando he tomado decisiones importantes, he pensado en lo que habría hecho la persona fallecida y me ha ayudado a tomar dichas decisiones.	<b>,779</b>	,235
6. Me he dado cuenta de que he intentado cumplir los deseos de la persona fallecida.	<b>,698</b>	,264
7. He sentido como si la persona fallecida siguiera viviendo a través de su influencia sobre quien soy hoy.	<b>,676</b>	,312
8. He pensado que la persona fallecida habría disfrutado de algo que he visto o hecho.	<b>,610</b>	,271
9. Me he imaginado compartiendo con la persona fallecida algo especial que me ha sucedido.	<b>,674</b>	,236
10. Me he imaginado la voz de la persona fallecida animándome a seguir adelante.	<b>,639</b>	,412
11. He escuchado con mis propios oídos a la persona fallecida hablándome.	,270	<b>,772</b>
12. En algún momento, he actuado como si la persona difunta no hubiera fallecido, por ejemplo, llamándola en voz alta o preparando la mesa para dos.	,247	<b>,759</b>
13. Aunque haya sido solo por un momento, he llegado a confundir a otras personas con la persona fallecida.	,138	<b>,723</b>
14. He llegado a sentir el tacto de la persona fallecida en mi propia piel.	,274	<b>,732</b>
15. Me he imaginado que la persona fallecida podría aparecer de repente como si todavía estuviera viva.	,291	<b>,680</b>
16. He visto con mis propios ojos a la persona fallecida delante de mí.	,074	<b>,840</b>

Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>. Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Gráfico 1.

