

Satisfacción con la vida, vitalidad y emociones positivas como factores de protección ante el duelo complicado

Satisfaction with life, vitality, and positive emotions as protective factors in complicated grief

Lorena Alonso-Llácer¹, Laura Lacomba-Trejo² y Marián Pérez-Marín²

Asociación Española Contra el Cáncer¹
Universidad de Valencia²

Autor para correspondencia: Marián Pérez-Marín, Marian.perez@uv.es.

RESUMEN

Objetivo: Valorar la satisfacción con la vida, la vitalidad, el afecto positivo y la presencia de duelo complicado en dolientes de primer grado. *Método:* 26 dolientes de 19 a 73 años, hombres y mujeres, fueron evaluados mediante las Escalas de Satisfacción con la Vida, de Vitalidad y de Afecto Positivo y Negativo, y el Inventario de Duelo Complicado. Se efectuaron análisis descriptivos y se aplicaron las pruebas *t* de Pearson y *d* de Cohen para obtener correlaciones entre las variables. *Resultados:* Los participantes alcanzaron puntuaciones moderadas de satisfacción con la vida, vitalidad y afecto positivo, pero un gran porcentaje mostró duelo complicado, mayor en los hombres y cuando la pérdida había sido repentina. La presencia de tal duelo se asoció con una menor vitalidad y afecto positivo. *Discusión:* Es necesario conocer los factores de protección para desarrollar programas de intervención que incidan en ellos y favorezcan la salud física y mental de los dolientes.

Palabras clave: Duelo complicado; Satisfacción con la vida; Vitalidad; Afecto positivo.

ABSTRACT

Objective: To assess life satisfaction, vitality, positive affection, and the presence of complicated grief in first-degree mourners. *Method:* a total of 26 mourners, most of them women, aged 19 to 73, responded to the Life Satisfaction, Vitality, and Positive and Negative Affect scales, as well as the Complicated Grief Inventory. *Descriptive analyses and the t Pearson and the d Cohen test explored interactions among variables.* *Results:* The participants showed moderate life satisfaction scores, vitality, and positive affection, but a large percentage of them showed complicated grief, mainly men, when the loss had been sudden. Complicated grief was associated with less vitality and positive affection. *Conclusions:* It is necessary to identify protective factors to develop intervention programs that affect mourners to promote their physical and psychological health.

Key words: Complicated grief; Satisfaction with life; Vitality; Positive affection.

¹ Plaça de Polo de Bernabé, 9, 46010 Valencia (España), correo electrónico: turmalina29@hotmail.com.

² Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, (España), tel. 34(963)86-41-00, correos electrónicos: Laura.Lacomba@uv.es y Marian.perez@uv.es.



Recibido: 17/02/2020

Aceptado: 30/12/2020

Uno de los sucesos vitales más estresantes que es posible experimentar es la pérdida de un ser querido, en particular la muerte de un familiar de primer grado (Cala y Hernández, 2019; Worden, 2013). El fallecimiento de una figura familiar principal puede propiciar el desarrollo de problemas de salud física y emocional (Soto, 2018), como depresión, ansiedad, consumo de sustancias y otros trastornos psicológicos (Barreto y Soler, 2007; Payás, 2010). Alrededor de 10% de las personas desarrollará un cuadro de duelo complicado (DC en lo sucesivo), patológico o crónico, lo que equivale a 30% de los casos atendidos en las áreas de salud mental (Barreto, De la Torre y Pérez, 2013; Payás, 2010). El DC consiste en emociones, pensamientos, conductas y respuestas fisiológicas que la persona valora como desagradables y que ocurren durante seis meses o más (Alonso, Lacomba y Pérez, 2019; Zisook *et al.*, 2018).

Hay diversos factores de riesgo que pueden facilitar que el duelo se complique. Por una parte, en relación con los factores personales, se han señalado la edad, la capacidad para manejar el estrés, el tipo de apego con la persona fallecida y la disposición de apoyo social. En relación con la persona fallecida, el hecho de que la muerte sea un suceso no natural, inesperado, traumático o prematuro, e incluso estigmatizado (como el suicidio o el aborto voluntario) puede facilitar la complicación del duelo (Barreto y Soler, 2007; Carreño, Chaparro, Carrillo y Gómez (2019); Payás, 2019; Yi, 2015).

Ahora bien, existen factores de protección ante el DC, como el afrontamiento centrado en la acción, la autoeficacia, los sentimientos de utilidad, la capacidad de resolución de problemas, la flexibilidad y la habilidad para encontrar sentido a la experiencia (Barreto y Soler, 2007; Neimeyer, Klass y Dennis, 2014; Yi, 2015; Yoffe, 2007), todos los cuales pueden facilitar la experiencia de la pérdida.

Es posible que ante tal suceso, el malestar emocional y las demandas para adaptarse a la nueva situación, los estudios se centren en la afectación fi-

sica y emocional de los dolientes (Calderon, Samstag, Papouchis y Saunders, 2019; Maccallum y Bryant, 2019), más que en el bienestar emocional y sus potencialidades, dado el gran impacto que supone el fallecimiento de un familiar de primer grado. Ahora bien, el ajuste a los eventos vitales estresantes tiene en cuenta dimensiones positivas y negativas (Garassi, 2009; Stanton y Revenson, 2007). De hecho, tras la pérdida, a pesar del sufrimiento y el padecimiento de emociones calificadas como desagradables, la mayoría de las personas se adaptan a la nueva situación, se fortalecen y crecen personalmente (Barreto y Soler, 2007; Payás, 2010).

Por todo lo anterior, se hace necesario valorar tanto la presencia de indicadores de duelo complicado o malestar emocional, como de bienestar psicológico y emocional. La presencia de distrés no impide experimentar emociones positivas; el afecto negativo y positivo son constructos distintos (Stanton y Revenson, 2007). Ya Fredrickson (2001) destaca cómo es que experimentar emociones positivas puede aumentar los recursos de la persona y funcionar como un amortiguador de las consecuencias fisiológicas negativas del estrés. El ajuste a la pérdida debe entenderse en el contexto en el que ocurre. Es un proceso dinámico y continuo, en el que el estado psicológico del doliente puede cambiar, teniendo en cuenta que tal experiencia es subjetiva (Stanton y Revenson, 2007).

En relación con el bienestar, hasta la fecha no existe un acuerdo entre las concepciones acerca del mismo (González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002). No obstante, la investigación ha tenido en cuenta la satisfacción con la vida, y la afectividad y la vitalidad de la persona (Cañero, Mónaco y Montoya, 2019; Diener, 1994; Levin, Dallago y Currie, 2012; Vielma y Alonso, 2010). Dichos aspectos se han asociado generalmente a un mejor ajuste psicológico y físico en forma de una menor ocurrencia de psicopatologías o problemas psicológicos, incluido el DC; una mayor autoestima y apoyo social y mejores vínculos sociales (Alonso, 2017; Casullo y Castro, 2000; De la Iglesia, Solano y Liporace, 2019). Además de lo anterior, las personas que gozan de un mayor bienestar psicológico también manifiestan menos problemas de salud física (Lacomba, Mateu,

Carbajo, Oltra y Galán, 2019) y, por tanto, menor probabilidad de morbimortalidad (Mateu, Lacomba y Valero, 2015), por lo que son más longevas y gozan de una mejor calidad de vida (Dahlgaard *et al.*, 2019; Wielgosz, Golberg, Kral, Dunne y Davidson, 2019).

Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar la satisfacción con la vida, los afectos positivos, la vitalidad y la presencia de duelo complicado en dolientes de primer grado, y observar las relaciones entre las variables bajo estudio para detectar factores de riesgo y protección.

MÉTODO

Participantes

Participaron 26 dolientes de primer grado (84.60% mujeres) con edades de entre 19 y 73 años ($M = 44.04$; $D.E. = 14.21$). Generalmente los dolientes eran viudos (34.60%) o vivían en pareja (30.80%) y un menor porcentaje eran solteros (23.10%) o divorciados (11.50%). En relación con su situación laboral, 61.50% se encontraba en activo, seguidos de los jubilados o pensionistas (23.10%), otros estudiaban (11.50%) o estaban en paro (3.80%). En referencia al nivel de estudios de los dolientes, la mayoría de los dolientes tenía estudios primarios (35.70%) o universitarios (35.79%), seguidos de quienes carecían de estudios (21.40%), y en menor medida solamente con estudios secundarios (7.10%).

Por lo general, la muerte se había producido un año antes ($M = 11.92$; $D.E. = 6.88$). La edad de las personas fallecidas oscilaba entre 0 y 78 años ($M = 42.31$; $D.E. = 18.93$). Más de la mitad de las muertes (57.70%) fueron esperables por enfermedad oncológica, y 42.20% muertes no esperadas. Específicamente, 11.50% de las muertes fueron por suicidio y 11.50% por accidentes de tráfico; otras muertes (19.20%) se debían a una enfermedad repentina (incluyendo la muerte súbita).

Materiales e instrumentos

Se utilizaron registros *ad hoc* para recoger información relativa a las variables sociodemográficas

del doliente y a las características de la muerte del ser querido. La recolección de los datos se efectuó preguntando directamente al participante.

Las variables psicológicas analizadas fueron las siguientes:

- *Satisfacción con la vida*. Valorada mediante la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), en adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer y García (2000). Esta escala valora en qué medida la persona se siente satisfecha con su vida desde la perspectiva del bienestar eudaimónico. Los cinco ítems del cuestionario se responden de 1 (“Totalmente en desacuerdo”) a 5 (“Totalmente de acuerdo”), y forman una estructura unifactorial. Las propiedades psicométricas de la escala evidencian ser adecuadas en diferentes tipos de muestras (Atienza *et al.*, 2000).
- *Vitalidad subjetiva*. Se valoró mediante la Subjective Vitality Scale (SVS) (Ryan y Frederick, 1997). Está compuesta por seis ítems que valoran los sentimientos de viveza y energía global que percibe la persona a diario y se basa en la perspectiva eudaimónica, al igual que la SWLS. Se responde en una escala tipo Likert de cinco puntos que van de 1 (“No es verdad”) a 5 (“Verdadero”). Dicha escala ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en cuanto a su fiabilidad y validez.
- *Afecto positivo y negativo*. Medidos con las Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988) (*cf.* Sandín *et al.*, 1999), constan de 20 ítems que forman dos escalas independientes (afecto positivo y afecto negativo) con igual número. Se responden en un formato Likert con recorrido de 1 (“Nunca”), a 3 (“A menudo”), teniendo en cuenta los sentimientos y emociones habituales. Cabe mencionar que han mostrado niveles adecuados de consistencia interna y externa y de validez; de hecho, los coeficientes de fiabilidad test-retest son lo suficientemente altos como para sugerir que pueden emplearse para evaluar el afecto como un rasgo de personalidad estable. Estas escalas han demostrado ser una me-

didada válida y confiable en población con y sin psicopatología (Otsuka, Campos, Castro, Brandão y Pires, 2019). En el presente estudio se empleó la subescala de Afecto Positivo.

- *Duelo complicado*. Se evaluó mediante el Inventario de Duelo Complicado (IDC) (Prigerson *et al.*, 1995) a fin de ofrecer una puntuación lo más objetiva posible que permitiera diferenciar entre el duelo normal y el duelo patológico. Consta de 19 ítems que evalúan, mediante una escala de 1 a 5, la frecuencia de aparición de los síntomas (emocionales, cognitivos o conductuales) del duelo complicado. La puntuación total, de entre 19-76, se obtiene mediante la suma de todas las respuestas, considerándose que valores iguales o superiores a 25 indican un duelo complicado. El cuestionario cuenta con propiedades psicométricas apropiadas (Limonero, Lacasta, García, Mate y Prigerson, 2009).

Procedimiento

La evaluación la llevaron a cabo psicólogos de la Asociación Española contra el Cáncer en hospitales de referencia de la Comunidad Valenciana. Los participantes fueron informados del procedimiento a seguir, asegurando el compromiso de la confidencialidad de los datos de carácter personal; tras la firma del formato de consentimiento informado se les administraron los cuestionarios.

Los criterios de inclusión para participar en esta investigación transversal de pase único en un único momento fueron ser doliente de primer grado y que hubiesen transcurrido al menos seis me-

ses de la muerte de su ser querido, pues a partir de ese momento las alteraciones que aparecen pueden considerarse parte de los criterios diagnósticos del trastorno por duelo prolongado (Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski, 2008). Los criterios de exclusión fueron sufrir un embotamiento emocional intenso, tener antecedentes personales o problema actual de trastorno psicológico (incluyendo trastornos del consumo de sustancias), y consumir medicamentos en exceso.

Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos y pruebas *t* para muestras independientes para observar las diferencias entre hombres y mujeres, calculando el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen, y considerando como pequeños valores de tamaño del efecto aquellos de ≈ 0.2 , medios de ≈ 0.5 y altos de ≈ 0.8 (Cohen, 1988) y correlaciones de Pearson para establecer relaciones entre las variables estudiadas, todo ello mediante el programa estadístico SPSS, v. 26.

RESULTADOS

Análisis descriptivos

Los dolientes mostraron puntuaciones bajas y moderadas de satisfacción con la vida y vitalidad, así como un moderado afecto positivo; sin embargo, las puntuaciones de los indicadores de la posibilidad de duelo complicado fueron elevadas: de hecho, 85.70% de los participantes mostró indicadores de duelo complicado (Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables analizadas.

Escalas	M	D.E.	Min.	Máx.	Rango
Satisfacción con la vida	9.76	4.26	0	18	0-25
Vitalidad	12.38	5.47	0	21	0-25
Afecto positivo	19.62	9.87	10	29	10-30
Duelo complicado	42.57	14.63	20	75	19-76

Nota: M = Media; D.E. = desviación estándar; Min. = mínimo; Máx. = máximo.

Comparaciones de medias

Al efectuar comparaciones de medias en función del sexo de los participantes y sobre si la muerte del ser querido era esperable o no, y en función asimismo de la presencia de sintomatología clínica sugerente de duelo complicado, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel del afecto positivo respecto al riesgo de padecer duelo complicado. No obstante, el tamaño y las diferencias de la muestra entre los grupos hicieron necesario el uso del estadístico *d* de Cohen (tamaño del efecto), un estadístico que es sensible

al cambio según el tamaño de los grupos y de su media y desviación típica. Es por ello que, en lo que sigue, se abordan las diferencias estadísticamente significativas, pero también aquellas en las que las distancias entre medias de los grupos fueron moderadas o grandes, valoradas a través de la magnitud del efecto, un estadístico especialmente recomendado para tamaños muestrales pequeños (véanse las Tablas 2, 3 y 4).

En relación con el sexo, se observó que fueron los hombres los que más indicadores de duelo complicado exhibieron, observándose en este caso un tamaño del efecto elevado (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias de medias en función del sexo.

Escalas	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	<i>d</i>	Mm	DEm	Mh	DEh
Satisfacción con la vida	.11	19	.91	.11	9.63	4.47	10.00	1.41
Vitalidad	-.23	19	.82	.20	12.47	5.70	11.50	3.54
Afecto positivo	.13	19	.90	.11	19.56	10.29	20.50	6.36
Duelo complicado	-.35	19	.63	1.50	41.11	14.60	56.50	2.90

Nota: *t* = prueba valor prueba *t*; gl = grados de libertad; *p* = nivel de significación; *d* = tamaño del efecto, considerando como valores pequeños aquellos de ≈ 0.2 , medios de ≈ 0.5 y altos de ≈ 0.8 ; Mm = Media mujeres; DEm = desviación estándar mujeres; Mh = Media hombres; DEh = desviación estándar hombres.

En referencia a si la muerte del ser querido era para el doliente una situación predecible, se apreció que los dolientes que sufrieron la muerte repentina de un familiar de primer grado en las formas de suicidio, accidente de tráfico o laboral o

de una condición médica abrupta, informaron tener menos satisfacción con la vida, menos afecto positivo y más indicadores de duelo complicado (Tabla 3).

Tabla 3. Diferencias de medias en función de si la muerte del ser querido era esperable o no.

Escalas	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	<i>d</i>	Mes	DEes	Mne	DEne
Satisfacción con la vida	-.45	20	.66	2.02	9.27	4.60	10.09	3.83
Vitalidad	.43	20	.67	.18	12.82	6.24	11.82	4.53
Afecto positivo	.87	20	.39	.40	21.19	10.80	17.55	8.99
Duelo complicado	-1.31	20	.21	.53	38.55	16.50	47.00	11.46

Nota: *t* = prueba valor prueba *t*; gl = grados de libertad; *p* = nivel de significación; *d* = tamaño del efecto, considerando como valores pequeños de tamaño del efecto aquellos de ≈ 0.2 , medios de ≈ 0.5 y altos de ≈ 0.8 ; Mes = Media de muerte esperada; DEes = desviación estándar de muerte esperada; Mne = Media de muerte inesperada; DEne = desviación estándar de muerte inesperada.

En cuanto a los indicadores de duelo complicado, los dolientes de primer grado que mostraron indicios de duelo complicado manifestaron una menor

satisfacción con la vida, menos vitalidad y un menor afecto positivo (Tabla 4).

Tabla 4. Diferencias de medias en función de presentar riesgo de duelo complicado o no.

Escalas	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	<i>d</i>	Mnc	DEnc	Mdc	DEdc
Satisfacción con la vida	-.72	19	.48	.44	8.00	4.58	9.94	4.28
Vitalidad	1.38	19	.18	.83	16.33	3.51	11.72	5.53
Afecto positivo	2.22	19	.04	1.84	30.33	9.61	17.83	8.95

Nota: *t* = prueba valor prueba *t*; gl = grados de libertad; *p* = nivel de significación; *d* = tamaño del efecto, considerando como valores pequeños de tamaño del efecto aquellos de ≈ 0.2 , medios de ≈ 0.5 y altos de ≈ 0.8 ; Mnc = Media de duelo complicado; DEnc = desviación estándar de duelo complicado; Mdc = Media de duelo no complicado; DEdc = desviación estándar de duelo no complicado.

Relaciones entre las variables estudiadas

Por último, se analizaron las relaciones existentes entre las variables que fueron objeto de estudio (satisfacción con la vida, vitalidad y afecto positivo y negativo). Se encontró una asociación lineal, positiva, elevada y significativa entre la satisfacción con la vida, la vitalidad y el afecto positivo. Del mismo modo, la vitalidad se asoció modera-

damente con el afecto positivo. La probabilidad de padecer duelo complicado al momento de la evaluación se asoció de forma significativa con menos vitalidad o energía y menor afecto positivo. Las asociaciones lineales entre la edad del doliente, la edad del fallecido y el tiempo desde la muerte con el resto de las variables analizadas fueron bajas y no significativas (Tabla 5).

Tabla 5. Asociaciones entre las variables bajo estudio.

	Satisfacción con la vida	Vitalidad	Afecto positivo	Duelo complicado	Edad doliente	Edad fallecido	Tiempo muerte
Satisfacción con la vida	1						
Vitalidad	.731**	1					
Afecto positivo	.792**	.580**	1				
Duelo complicado	-.235	-.471*	-.455*	1			
Edad doliente	.171	.118	.028	.261	1		
Edad fallecido	-.397	-.246	-.006	.215	.054	1	
Tiempo muerte	.106	-.089	-.077	.254	.139	.125	1

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

DISCUSIÓN

Dando respuesta al objetivo planteado de analizar la satisfacción con la vida, la vitalidad, el afecto positivo y los indicadores de duelo complicado en dolientes de primer grado, los resultados indican que los dolientes obtuvieron puntuaciones moderadas en satisfacción con la vida, vitalidad y afecto positivo, y que un gran porcentaje de ellos (85.70%) mostraba indicadores de duelo complicado transcurridos los seis primeros meses de la pérdida. Se apreció cómo el ajuste a la nueva situación trae consigo efectos negativos, pero también de crecimiento tras la pérdida, y es posible, que, aunque los dolientes muestren su malestar

emocional, también puedan valorar su vida como positiva, sentirse esperanzados y con un estado de ánimo positivo.

Un hallazgo que llama la atención es la presencia de valores de duelo complicado más grave en el caso de los hombres. Habitualmente, la literatura ha señalado el hecho de ser mujer como un factor de riesgo en el desarrollo de duelo complicado (Enez, 2018; Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner, 2011). Podría ser que este resultado se deba al tamaño muestral y al reparto no equitativo del sexo entre los participantes, o a que, debido a que los hombres demandan menos atención psicológica (Merckaert *et al.*, 2010), solamente se haya accedido a aquellos con una sintomatología más grave.

En la muestra utilizada la mayoría de los participantes eran adultos y la mitad de los fallecimientos fueron esperados; pese a ello, una parte importante de los participantes mostraba indicadores de DC en el momento de la evaluación. Ahora bien, en aquellas situaciones en las que la muerte era esperable, los dolientes informaron disponer de más vitalidad y más afecto positivo, por lo que tenían una menor probabilidad de padecer un duelo complicado. De esta manera –tal como se señaló antes–, en aquellas situaciones en que la muerte no se espera, en que no es un suceso normativo o en la que es estigmatizada socialmente, se desarrolla con más frecuencia DC (Barreto y Soler, 2008; Carreño *et al.*, 2019; Payás, 2010; Yi, 2015). Lo anterior se acompaña de una menor capacidad para mostrar afectos positivos y menos vitalidad. Como se sabe, la disminución de la vitalidad y, por ende, de la actividad personal puede comportar una reducción de las interacciones sociales que, a su vez, puede empeorar la clínica emocional del paciente y su salud física y emocional (De la Iglesia *et al.*, 2019; Mateu *et al.*, 2015).

Por otra parte, los dolientes que muestran una sintomatología clínica de duelo complicado manifiestan menos vitalidad y afectividad positiva, lo que va en la línea de la literatura especializada anteriormente citada, en la que se destaca que la ocurrencia de DC compromete notablemente la salud emocional de los dolientes (Soto, Salvador y Pérez, 2019). Como se sabe, la pérdida de un familiar de primer grado puede llevar a una persona a padecer malestar emocional en las formas de culpabilidad, tristeza o pensamientos intrusivos (Alonso *et al.*, 2019; Prigerson *et al.*, 2008; Shear, Reynolds, Simon y Zisook, 2017; Worden, 1997; Zisook *et al.*, 2018), lo que hace más posible que los familiares informen de bienestar bajo (Soto *et al.*, 2019).

De igual manera, es posible observar que entre más síntomas de duelo complicado, menos vitalidad y menos afectividad positiva hay; no obstante, la afectividad positiva, la vitalidad y la satisfacción con la vida se asocian significativamente entre ellas. Lo anterior puede ayudar a plantear programas de intervención que incidan en estos aspectos, teniendo presente que la influencia en alguno de ellos podría modificar el resto de los

demás. Hasta ahora, estas variables no se habían estudiado en los dolientes, por lo que este trabajo arroja luz sobre cómo se comportaron en la muestra. No se hallaron relaciones lineales con el duelo y la edad del doliente, ni tampoco con la edad del fallecido, lo que va parcialmente en la línea de los datos señalados, pues algunos estudios han encontrado que ser joven o adulto mayor son factores de riesgo para desarrollar un duelo complicado (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003; Worden, 2013). Quizás en futuros estudios, si se aumenta la muestra, sea posible analizar asociaciones en forma de U y así verificar si ocurre o no este tipo de asociación.

Además de lo anterior, tampoco se descubrieron relaciones entre la edad del fallecido y los indicadores analizados, posiblemente porque la mayoría de los difuntos eran adultos o adultos mayores. Tal y como indica la literatura especializada, la muerte de familiares de primer grado no normativas (muertes perinatales o en población infantojuvenil), pueden asociarse con mayor probabilidad a un DC (Cala y Hernández, 2019). Es posible que si se aumenta el número de participantes se puedan reunir en grupos de edades y observar si hay diferencias en función de las edades del fallecido y del doliente. Del mismo modo, podrían encontrarse diferencias estadísticamente significativas en variables en las que se aprecia un tamaño del efecto moderado de una variable sobre otra. No obstante, el presente estudio refleja una realidad de este tipo de investigaciones, o sea, la dificultad que existe para acceder a los dolientes en la investigación clínica.

Los datos derivados de este trabajo pueden contribuir a detectar a aquellos dolientes que con mayor probabilidad necesitarían una intervención psicológica según los factores de riesgo y protección, previniendo así futuras complicaciones. Asimismo, pueden ayudar a diseñar intervenciones que favorezcan la aceptación de la pérdida, y con ello, el aumento del bienestar emocional. En este sentido, por ejemplo, las intervenciones basadas en potenciar la capacidad *mindful* y la autocompasión podrían ser útiles para fortalecer dichas habilidades (Malkinso, 2019; Moscoso, 2019; Raj y Kumar, 2018; Sanz *et al.*, 2016), protegiendo de este modo a los dolientes de la cronificación de la

sintomatología natural en los primeros momentos tras la pérdida.

En virtud de que el estudio fue de corte transversal, no es posible establecer conclusiones predictivas, es decir, saber si debido a que los dolientes tenían previamente un menor bienestar psicológico o emocional presentaban indicadores mayores de DC, o si la presencia de los indicadores de DC promovía que su bienestar se viese empeorado, o si ocurren ambas condiciones. Por consiguiente, nuevos estudios longitudinales podrían hacer posible conocer con mayor precisión la naturaleza de tales variables, y considerar otras más que pueden mediar el ajuste a la pérdida, como la psicopatología actual, la situación socioeconómica y laboral, las vinculaciones afectivas establecidas con el fallecido, o los estilos de afrontamiento de los dolientes.

Los datos aquí reportados indican la necesidad de continuar investigando los factores de riesgo y protección de los dolientes de primer grado a fin de desarrollar e implementar programas de intervención *ad hoc*, teniendo en cuenta una visión integral de la pérdida, es decir, tanto de la psicopatología como del bienestar, pues la satisfacción con la vida, la vitalidad y el afecto positivo pueden

ser variables que intervengan directamente en la resolución positiva del duelo.

Lo anterior puede también ayudar a aumentar el ajuste a la pérdida en los dolientes que así lo requieran, mejorando sus habilidades en el presente, pero también otorgándoles herramientas para aceptar con mayor facilidad las futuras pérdidas, aumentando así su calidad de vida relacionada con la salud física y emocional.

Para finalizar, es necesario señalar que este estudio muestra que el perfil del doliente con duelo complicado se caracteriza por ser varón, haber padecido la muerte de un familiar de primer grado de manera inesperada (Soto *et al.*, 2017), y mostrar una baja satisfacción con la vida, escasa vitalidad e insuficientes afectos positivos. No se halló que la edad del doliente ni del fallecido fueran factores de riesgo o de protección; del mismo modo, el tiempo desde el fallecimiento no se asoció con mejores resultados en la salud emocional.

Como conclusión, debe señalarse que la evaluación de los dolientes debe suponer tanto los aspectos positivos como negativos de la pérdida, lo que puede dotar de herramientas de trabajo a los profesionales interesados al ofrecerles una visión más profunda de la persona.

AGRADECIMIENTOS

Laura Lacomba-Trejo es beneficiaria de la Ayuda de Atracció a Talent de la Universidad de Valencia (Núm. 0113/2018).

Citación: Alonso-Llácer, L., Lacomba-Trejo, L. y Pérez-Marín, M. (2022). Satisfacción con la vida, vitalidad y emociones positivas como factores de protección ante el duelo complicado. *Psicología y Salud*, 32(1), 161-170. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2722>.

REFERENCIAS

- Alonso L., L. (2017). *Mindfulness y duelo: cómo la serenidad mindful y la compasión contribuyen al bienestar tras la pérdida*. Tesis doctoral inédita. Valencia /España): Universidad de Valencia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10550/59253>.
- Alonso L., L., Ramos C., M., Barreto M., P. y Pérez M., M. (2019). Modelos psicológicos del duelo: una revisión teórica. *Calidad de Vida y Salud*, 12(1), 65-75.
- Arranz, P., Barbero, J.J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. y García M., M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Barreto, P., De la Torre, O. y Pérez M., M. (2013). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902.

- Barreto, P. y Soler, M. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Barreto, P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Cala M., L.P. y Hernández L., F.A. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina*, 19(1), 32-45.
- Calderon, S., Samstag, L.W., Papouchis, N. y Saunders, B.A. (2019). The effects of early parental death and grief on interpersonal functioning and alexithymia in adults. *Psychopathology*, 52(3), 194-204. Doi: 10.1159/000501156.
- Cañero, M., Mónaco, E. y Montoya C., I. (2019). La inteligencia emocional y la empatía como factores predictores del bienestar subjetivo en estudiantes universitarios. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 9(1), 19-29.
- Carreño M., S., Chaparro D., L., Carrillo G., M. y Gómez R., O.J. (2019). Duelo en el cuidador del niño fallecido por cáncer: revisión exploratoria. *Duazary*, 16(2), 281-294. Doi: 10.21676/2389783x.2755.
- Casullo M., M. y Castro S., A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1), 35-68.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Dahlgard, J., Jørgensen, M.M., van der Velden, A.M., Sumbundu, A., Gregersen, N., Olsen, R.K. y Mehlsen, M.Y. (2019). Mindfulness, health, and longevity. En S. I. S. Rattan y M. Kyriazis (Eds.): *The science of hormesis in health and longevity* (pp. 243-255). New York: Academic Press. Doi: 10.1016/B978-0-12-814253-0.00022-x.
- De la Iglesia, G., Solano A., C. y Liporace M., M.F. (2019). Perfiles de afrontamiento del estrés en adolescentes: su relación con la psicopatología. *Revista de Psicología*, 14(27), 77-92.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157. Doi: 10.1007/BF01207052.
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. Doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Enez, Ö. (2018). Complicated grief: Epidemiology, clinical features, assessment and diagnosis. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 10(3), 269-279. Doi: 10.18863/pgy.358110.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden- and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Garassi, M.E. (2009). Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos. *Psicodebate*, 9, 93-104. Doi: 10.18682/pd.v9i0.410.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M.M., y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en el adolescente. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. y Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343. Doi: 10.1016/j.jad.2010.11.032.
- Lacomba T., L., Mateu M., J., Carbajo, E., Oltra A., M. y Galán, A. (2019). Enfermedad renal crónica avanzada. Asociación entre ansiedad, depresión y resiliencia. *Revista Colombiana de Nefrología*, 6(2), 103-111. Doi: 10.22265/acnef.6.2.344.
- Levin, K.A., Dallago, L. y Currie, C. (2012). The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence, and gender differences in parent-child communication. *Social Indicators Research*, 106(2), 287-305. Doi: 10.1007/s11205-011-9804-y.
- Limonero G., J., Lacasta R., M., García G., J., Mate M., J. y Prigerson, H. (2009). Adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Maccallum, F. y Bryant, R.A. (2019). Symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following loss: a latent class analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(1), 59-67. Doi: 10.1177/0004867418768429.
- Malkinson R. (2019). REBT and complicated grief. En W. Dryden y M. Bernard (Eds.): *REBT with diverse client problems and populations*. New York: Springer.
- Mateu M., J., Lacomba T., L. y Valero M., S. (2015). Contribución de la ansiedad y el malestar emocional al declive de la función social en el infarto agudo de miocardio. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(1), 32-41.
- Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J.L. y Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: Prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology*, 19, 141-149.
- Moscoso, M. (2019). Hacia una integración de mindfulness e inteligencia emocional en psicología y educación. *Revista Peruana de Psicología*, 25(1), 107-117. Doi: 10.24265/liberabit.2019.v25n1.09.
- Neimeyer, R.A., Klass, D. y Dennis, M.R. (2014). A social constructionist account of grief: loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 0, 1-14. Doi: 10.1080/07481187.2014.913454.
- Otsuka, L.K., Campos, D., Castro, R., Brandão, C. y Pires, P.P. (2019). Análise psicométrica de PANAS no Brasil. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 45-55. Doi: 10.22235/cp.v13i1.1808.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Madrid: Paidós.

- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds III, C.F., Bierhals, A.J., Newsom, J. T., Fasiczka, A. y Miller, F. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59, 65-79.
- Prigerson, H., Vanderwerker, L. y Maciejewski, P. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (Eds.): *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165-186). Washington, D.C.: American Psychological Association. Doi: 10.1037/14498-008.
- Raj, A. y Kumar, P. (2018). Efficacy of mindfulness based stress reduction (MBSR): A brief overview. *International Journal of Disability Human Development*, 4(1), 73-81.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999). Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sanz, J.M., García C., I.M., Cuquerella, M.A., Cano, I., Jordá, E., Blasco, J. y Carbajo, E. (2016). Intervención grupal cognitivo conductual en el trastorno adaptativo. *Psicología Conductual*, 24(3), 389-403.
- Shear, K., Reynolds, C., Simon, N. y Zisook, S. (2017). *Grief and bereavement in adults: Clinical features*. Waltham, MA: Uptodate.
- Soto R., A., (2018). *Beneficios de un programa de soporte para familiares de pacientes al final de la vida: estudio multicéntrico*. Tesis doctoral inédita. Valencia (España): Universidad de Valencia. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/66969/TESES%20DOCTORAL%20A.SOTO%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Soto R., A., Salvador, E. y Pérez M., M. (2019). Factores de riesgo de duelo complicado en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal: una revisión sistemática. *Calidad de Vida y Salud*, 12(2), 29-39.
- Soto R., A., Savall, F., Casaña G., S., Molina, P., Giner, J., Zorio, E. y Barreto, P. (2017). Psychosocial and adaptation factors in relatives of patients who died of sudden cardiac death. *CorSalud*, 9(3), 169-173.
- Stanton, A. y Revenson, T. (2007). Adjustment to chronic disease: progress and promise in research. En S. Howard y C. S. Roxane (Eds.): *Foundations of Health Psychology* (pp. 214-244). Waltham, MA: Oxford University Press.
- Vielma, J. y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063.
- Wielgosz, J., Golberg, S.B., Kral, T.R.A., Dunne, J.D. y Davidson, R.J. (2019). Mindfulness meditation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 285-316. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423.
- Worden, J. (2013): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Yi, P.Y. (2016). *Factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos*. Tesis doctoral inédita. Valencia (España): Universitat de València. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71051366.pdf>.
- Yoffe, L. (2003). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate*, 3, 127-158. Doi:10.18682/pd.v3i0.507.
- Zisook, S., Shear, M.K., Reynolds, C.F., Simon, N.M., Mauro, C., Skritskaya, N.A. y Qiu, X. (2018). Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: A heal report. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(2). Doi: 10.4088/JCP.17m11592.