



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**APEGO ADULTO,
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS
Y SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA DEPRESIVA
EN CUIDADORES FAMILIARES
DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Autor: Cristina Barbi Pérez
Director: Cristina Ruiz de Arana

Madrid

Mayo 2015



**APEGO ADULTO, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS
Y SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA DEPRESIVA
EN CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Cristina
Barbi
Pérez

Apego adulto, variables sociodemográficas y sintomatología ansiosa depresiva en cuidadores familiares de pacientes oncológicos

Resumen

Los cuidadores familiares de pacientes oncológicos presentan malestar psicológico en términos de ansiedad y depresión. Esto parece acentuarse si el familiar es mujer, si es cónyuge, si se enfrenta a la enfermedad en situación de gravedad y si el paciente se encuentra en pleno tratamiento. Investigaciones recientes han identificado también diferencias en el ajuste psicológico al estrés según el tipo de apego adulto en esta población. El objetivo de este estudio fue explorar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de 30 cuidadores familiares de pacientes oncológicos de nacionalidad española, así como la relación entre esta sintomatología, el tipo de apego adulto y otras variables de carácter sociodemográfico como la edad, el sexo, el parentesco con el familiar y el estadio de la enfermedad. Para ello, se utilizó un cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de Apego Adulto (CAA) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). La muestra presentó una puntuación media en el HAD correspondiente a malestar clínicamente significativo (18,08), un caso probable de ansiedad (10,02) pero no de depresión a pesar de mostrar un valor muy próximo (7,87). Se encontraron diferencias significativas en ansiedad y depresión según el tipo de apego adulto, en depresión según el sexo, y en ansiedad según el parentesco. No se encontraron diferencias significativas en ansiedad y depresión según la edad y el estadio de la enfermedad. El estadístico D de Cohen mostró en ocasiones una potencia elevada, de modo que se propone la realización de futuras investigaciones con un tamaño muestral mayor, posibilitando obtener resultados más significativos. Finalmente, se concluyó la pertinencia de ofrecer apoyo psicológico a los cuidadores familiares de pacientes oncológicos, así como continuar en el estudio de sus condiciones a fin de mejorarlas.

Palabras clave: *cuidadores familiares, cáncer, apego adulto, ansiedad, depresión, variables sociodemográficas*

Abstract

The family caregivers of the cancer patients show psychological concerning anxiety and depression terms. This is emphasized in the following circumstances, if the family member is a woman, if it is a spouse, if they face a serious disease and if the patient is in active treatment. Recent researches have also identified differences in the psychological adjustment to the stress, depending on the bond to the population. The objective of this study was not only to explore the presence of symptoms of anxiety and depression in groups made up of 30 family caregivers of cancer patients with the Spanish nationality, but also the relationship between the symptomatology, the type of adult bond and other socio-demographic variables such as the age, gender, family relationship and the stage of the disease. To that end it was used a socio-demographic questionnaire, the Adult Attachment (or bonding) Questionnaire (AAQ) and the Hospitality Anxiety and Depression scale (HAD). The sample showed an average score in the HAD corresponding to the significant clinical discomfort (18, 08), a probable anxiety case (10, 02) but not of depression despite of showing close values to it (7, 87). There were found significantly differences on anxiety and depression depending on the type of adult attachment, in depression depending on the gender, and regarding anxiety depending on the family relation. There were no important differences in anxiety and depression concerning the age and the disease stage. Since the statistician D. de Cohen showed in several situations high strength (potency), it has been proposed the development of the researches with a larger sample, due to obtaining more significant results. Finally, it was concluded the need of offering psychological support to the family caregivers of the cancer patients, and to continue with the study of its conditions with the aim of improve it.

Keywords: *family caregivers, cancer, adult attachment, anxiety, depression, socio-demographic variables*

Introducción

El cáncer es actualmente la principal causa de muerte a escala mundial. En España, la incidencia global fue de 215.534 casos en el año 2012 (Ferlay et al, 2012) y se prevé que en el año 2015 sea de 227.076 casos (Sociedad Española de Oncología Médica, 2014). Los datos determinan que se está produciendo un crecimiento de la población oncológica así como de sus cuidadores, sin embargo, existen limitaciones en la comprensión de los factores que afectan a los cuidadores en la ayuda a sus familiares enfermos (Kim, Carver, Deci y Kasser, 2008).

La enfermedad oncológica es una enfermedad crónica que impone estrictas e inmediatas demandas en la familia, influyendo en muchos aspectos no sólo al paciente sino también a sus familiares más cercanos (Baider 2003; Kim y Given 2008; Munar 2007; Naaman, Radwan y Johnson, 2009). Supone un desafío para la estabilidad emocional familiar, afectando al ambiente social que le rodea (Rodríguez et al, 2002). En este sentido, los miembros de la familia se han descrito como compañeros de los enfermos en la batalla contra el cáncer (Bowman, Deimling, Smerglia, Sage y Kahana, 2003). En concreto, los familiares cuidadores tienen un papel esencial tanto en el tratamiento del cáncer como en la adaptación a la enfermedad, manteniendo la doble responsabilidad de cuidar y preocuparse por el paciente (Grant, Ramcharan, McGrath, Nolan y Keady, 1998).

Flórez, Adeva, García y Gómez (1997) definen al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. A diferencia de los cuidadores formales, los cuidadores informales no disponen de capacitación específica, no son remunerados por su tarea, tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios, y suelen ser familiares o amigos (Flórez et al, 1997). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (1999) define al cuidador principal como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente, y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”.

Los cuidadores familiares presentan alteraciones que afectan a múltiples esferas y que se deben considerar síntomas de igual relevancia que los que presenta el enfermo (Alfaro et al, 2008). Estos autores señalan algunos de estos síntomas que han sido tradicionalmente evaluados, tales como: patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad, estrés y sobrecarga, siendo este último uno de los más estudiados (Alfaro et al, 2008; Turrini y

Moreira, 2011). Según Baider (2003), los familiares cuidadores sufren además alteraciones a nivel cognitivo, conductual, emocional, en su rutina cotidiana, en sus planes de futuro, en el significado sobre sí mismos, sobre los demás y el sentido vital. Su calidad de vida se ve disminuida (Kim y Given, 2008).

La ayuda emocional e instrumental recibida por parte de la familia de los enfermos oncológicos se considera uno de los elementos más provechosos en el afrontamiento de la enfermedad (Baider, 2003). Sin embargo, se ha observado cómo los cuidadores familiares presentan malestar psicológico en términos de ansiedad y síntomas depresivos (Alfaro et al, 2008; Rodríguez et al, 2002; Marder, 2003; Moreira y Turrini 2011). Se ha identificado también en los familiares del enfermo “el síndrome del cuidador”, en el cual destacan, en el plano emocional, la ansiedad y la depresión (Muñoz, Espinoza, Portillo y Rodríguez, 2002).

Hodges, Humphris y Macfarlane (2005) concluyen en su meta-análisis que existe una relación positiva entre el paciente con cáncer y el malestar psicológico del cuidador, de forma que el cuidador es tan propenso a experimentar trastornos psicológicos como el paciente con cáncer. Esto resulta acorde con investigaciones anteriores (Given, Giben y Kozachik, 2001; Kim, Duberstein, Sørensen y Larson, 2005; Kurtz, Given, Kurtz y Given, 1994; Nijboer et al, 1998) y parece acentuarse si el familiar es mujer, si es cónyuge, si se enfrenta a la enfermedad en situación de gravedad y si el paciente se encuentra en pleno tratamiento (Alfaro et al, 2008; Araneda, Aparicio, Escobar, Huaiquivil y Méndez, 2006; Baider, 2003; Hodges et al, 2005; Kurtz et al, 1994; Langer, Abrams y Syjala, 2003; Úbeda, 2009).

La evidente presencia de sintomatología ansiosa depresiva en los cuidadores familiares suscita la idea clínica de que la enfermedad no es sólo un proceso individual sino que también es un proceso relacional (Rodríguez et al, 2002). Esta ampliación a lo interpersonal se alejaría entonces de la concepción individual del modelo biomédico tradicional (Naaman et al, 2009; Tacon, Caldera y Bell, 2001). Según Kim et al (2008), la forma en la que los cuidadores se adaptan a la enfermedad está influenciada por la orientación personal que tengan respecto a la relación con el paciente. Así, la dinámica relacional existente entre ambos afectaría al grado de ajuste psicológico del familiar.

Se sabe que las relaciones interpersonales influyen en el afrontamiento y respuestas a eventos de la vida, incluyendo el diagnóstico de la enfermedad propia, la de familiares o amigos (Nicholls, Hubert-Williams y Bramwell, 2014). Como determinan estos autores, explorar el papel de las relaciones interpersonales en el ajuste psicológico podría tener importantes implicaciones para la comprensión de cómo mejorar las experiencias del paciente y sus cuidadores, abordando las

necesidades de atención y de apoyo no satisfechas. Así, en la última década, se ha sugerido la necesidad de establecer un marco teórico más amplio que determina componentes psicosociales en el cáncer para complementar el enfoque tradicional (Tacon et al, 2002). Una de las teorías primordiales que explica el funcionamiento psicológico desde una perspectiva relacional es la teoría del apego (Bowlby 1969, 1973, 1980).

La teoría del apego (Bowlby, 1960) determina que el ser humano se relaciona a partir del sistema de apego, esto es, de modelos mentales de relación generadas a raíz de las experiencias relacionales tempranas, fundamentalmente en la infancia. A partir de estas experiencias, el sujeto aprende a generar expectativas y modelos de actuación que le guiarán en sus relaciones interpersonales posteriores (Montero y Melero, 2008), determinando la forma en que interpreta y se comporta en ellas (Soares y Dias, 2007). Si dichas experiencias están alteradas, estas constituyen un importante factor en la génesis de la enfermedad mental (Bowlby, 1973).

El sistema de apego se activa por el estrés o la amenaza, con el objetivo de mantenerse seguro (Hazan y Shaver, 1987). La diferencia en el tipo de estrategia utilizada para regular el estrés y los estados de inseguridad distingue cuatro tipos de apego prototípicos (Bartholomew y Horowitz, 1991). Así, se distinguen cuatro estilos afectivos o de apego adulto, como análogos de tipo de apego infantil (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991): seguro, preocupado, huidizo alejado –o evitativo-, y huidizo temeroso.

El apego adulto seguro, que se corresponde con el apego seguro durante la niñez, se caracteriza por una actitud vincular autónoma, confianza en sí mismo y en los demás, deseo de tener intimidad sintiéndose cómodo con ella y por tener un modelo mental positivo tanto de sí mismo como de los demás (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz 1991). El apego adulto preocupado o ansioso, que es análogo de un apego ansioso y ambivalente del niño, posee un modelo mental negativo de sí mismo y positivo de los demás y una elevada activación del sistema de apego. Son personas con baja autoestima, conductas de dependencia, con una necesidad constante de aprobación y preocupación excesiva por las relaciones (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz 1991).

El apego adulto huidizo alejado, que corresponde con el apego evitativo del niño, se caracteriza por la actitud adulta de rechazo del apego, teniendo un modelo mental positivo de sí mismo pero negativo de los demás, una elevada autosuficiencia emocional, una elevada incomodidad con la intimidad y una consideración de las relaciones interpersonales como algo secundario a cuestiones materiales (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz 1991). El apego adulto huidizo temeroso, que es análogo al apego desorganizado en la niñez, presenta un modelo

mental negativo tanto de sí mismos como de los demás. Estas personas se sienten incómodas en situaciones de intimidad, por una elevada necesidad de aprobación y por una baja confianza en sí mismos y en los demás. Al mismo tiempo que necesitan el contacto social y la intimidad, el temor al rechazo que les caracteriza les hace evitar activamente situaciones sociales y relaciones íntimas, disminuyendo la probabilidad de establecer relaciones satisfactorias (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz 1991).

Así, el apego seguro, a diferencia del inseguro, podría ser visto como un recurso interno que facilita la gestión del estrés y el miedo mediante la adaptación de los individuos, ayudándolos a manejar estas emociones de una manera más positiva a lo largo del curso de la vida (Calvo, Palmieri, Marinelli, Bianco y Kleinbub, 2014; Florian y Mikulincer, 1998). Por su parte, como determina la teoría del apego (Bowlby, 1960), los individuos con apego inseguro por lo general han experimentado y/o percibido la indisponibilidad de la figura significativa de apego durante sus experiencias tempranas. Esta falta agrava el malestar suscitado por peligros y amenazas reales, disparando una cascada de procesos mentales y de comportamiento que pueden poner en peligro el bienestar emocional, ajuste personal y satisfacción y estabilidad en las relaciones.

La teoría del apego ofrece, pues, un marco global para entender y predecir la variación en el impacto psicosocial de cáncer en los pacientes y en las personas cercanas a ellos (Nicholls et al, 2014). Además, estos autores determinan cómo, a pesar de los desafíos y factores estresantes inherentes en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, esta experiencia no cambia (ya sea para bien o para mal) el estilo de apego de los pacientes. En definitiva, las investigaciones recientes han identificado diferencias en la adaptación o ajuste psicológico al estrés en función del tipo de apego en familiares cuidadores de pacientes oncológicos (Kim et al, 2008; Naaman et al 2009; Nicholls et al, 2014).

Kim et al realizan en el año 2008 una investigación para analizar precisamente el papel del apego adulto en los cuidadores de pacientes con cáncer. Emplean en su estudio la clasificación de seguro, ansioso y evitativo, lo que, por las características descritas, se corresponde con la clasificación de Bartholomew y Horowitz (1991) en seguro, preocupado y huidizo, pero sin distinguir entre alejado y temeroso. Encuentran que el apego seguro se relaciona con una mayor salud mental, mientras que el apego preocupado y el apego evitativo se relacionan con mayor depresión. En este sentido, Mikulincer y Shaver (2003) indican que el apego preocupado implica la hiperactivación del sistema de apego mientras que el apego evitativo implica la desactivación de dicho sistema, llevando ambos estilos inseguros al deficiente ajuste psicológico.

Estos resultados son acordes con los obtenidos por Nicholls et al (2014). Estos autores llevan cabo una revisión sistemática de la literatura acerca del papel del apego en el ajuste psicológico al cáncer y los 15 estudios revisados muestran relaciones entre estilos de apego y las variables de ajuste psicológico: ansiedad y depresión. En sus resultados, mientras los individuos con apego seguro presentan mejor ajuste psicológico, aquellos que tienen un apego inseguro, tanto ansioso como evitativo, presentan mayor malestar psicológico, y en concreto, ansiedad y depresión. En este sentido, consideran que, o bien el sistema de apego es hiperactivo y el individuo busca un alto grado de proximidad a los demás (estilo preocupado) o el sistema se desactiva y el individuo se aleja de los demás (estilo de apego evitativo). Estos desajustes pueden aumentar vulnerabilidad al estrés o la depresión (Nicholls et al, 2014).

Además, se observa que el apego seguro se relaciona con aspectos positivos como una mejor relación con su cuidador y con el médico incluso en la fase terminal (Calvo et al, 2014), así como con un adecuado crecimiento postraumático, con un mejor afrontamiento de la vida y con un reencuadre positivo en los supervivientes adultos de cáncer en remisión (Nicholls et al, 2014).

Respecto al sexo, parece que la influencia del estilo de apego en el bienestar psicológico de los cuidadores es mayor en las mujeres (Kim et al, 2008; Nicholls et al, 2014). Respecto a la edad, los cuidadores más jóvenes con apego ansioso son más propensos a presentar niveles más altos de ansiedad y depresión que los cuidadores mayores (Nicholls et al, 2014). Estos resultados apuntan a que estas variables, junto con los hallazgos de la influencia de los distintos tipos de apego, han de tenerse en cuenta a la hora de proponer la utilización del estilo de apego para identificar a los cuidadores más afectados y facilitarles servicios más adaptados.

En la línea de lo anterior, tomar conciencia de la teoría del apego y de las diferentes formas en que las que el apego inseguro afecta el bienestar, puede ayudar a los que trabajan con pacientes con cáncer y sus familias, a comprender y proveer mejor sus necesidades (Nicholls et al, 2014). En concreto, estos autores plantean, con vistas a la aplicación clínica, un apoyo profesional adaptado al estilo de apego de cada individuo y a su respectivo funcionamiento. En los cuidadores con apego ansioso, se observa la creencia de que uno es indigno de la atención, lo que les lleva a un exceso de participación, compulsividad y una tendencia a controlar. Para ellos, el apoyo profesional que se les ofrezca debe ser predecible y claramente delineado. Por otro lado, en los cuidadores con apego evitativo se observa dificultad en encontrar beneficio a partir de una relación de apoyo emocional. Los autores determinan que el tipo de apoyo

profesional ofrecido a estos individuos debe adaptarse a estas diferencias individuales, con el fin de maximizar los efectos positivos y reducir el afecto negativo.

Naaman et al (2009), en su investigación con pacientes con cáncer de mama y sus cónyuges, alcanzan tres conclusiones principales. En primer lugar, que el estilo de apego tiene un papel clave en las diferencias de ajuste psicológico a la enfermedad. En segundo lugar, que el apego seguro sirve como un importante recurso interno y es asociado con el afrontamiento flexible, un requisito previo de la adaptación exitosa a las circunstancias cambiantes. Y, en tercer lugar, que aunque el apego inseguro está inversamente relacionado con el ajuste, tanto el apego ansioso como el apego evitativo parecen relacionarse con un peor ajuste psicológico a través de diferentes mecanismos. Estos autores proponen la Terapia Focalizada en la Emoción basada en la teoría del apego, con el objetivo de aliviar la angustia relacional y restaurar maneras más saludables de relacionarse en un contexto conyugal y familiar.

En definitiva, investigaciones recientes avalan la existencia de una relación entre el tipo de apego adulto y ajuste psicológico en términos de ansiedad y depresión en cuidadores familiares de pacientes oncológicos. Como hemos visto, la obtención de evidencia empírica que demuestre esta relación puede facilitar un nuevo abordaje por parte de profesionales de la salud, respecto a la mejora del bienestar de las personas que vivan una enfermedad oncológica. Sin embargo, no se han realizado estudios en la población española que analice esta relación, por lo que una investigación al respecto puede resultar importante para facilitar ese abordaje en nuestro país con sus respectivos beneficios. Por ello, este trabajo persiguió los siguientes objetivos y se planteó una serie de hipótesis, que se exponen a continuación.

Objetivos

Este estudio tuvo como objetivo principal analizar la presencia de la sintomatología ansiosa depresiva en cuidadores familiares españoles de pacientes oncológicos. El objetivo secundario es explorar la relación entre la sintomatología ansiosa depresiva y otras variables como el tipo de apego adulto y variables de carácter sociodemográfico, tales como el sexo, la edad, el parentesco y la gravedad de la enfermedad. En este sentido, cabe aclarar que la variable *gravedad de la enfermedad* se midió a través del estadio en el que se encuentra la enfermedad, pues la estadificación describe la extensión o gravedad del cáncer que aqueja a una persona, al tiempo que es lo que ayuda al médico a hacer un plan del tratamiento y a calcular el pronóstico de la persona (Instituto Nacional del Cáncer, 2013).

Hipótesis

Dados los resultados de las investigaciones anteriores y de los datos aportados por la literatura, se esperó encontrar lo que determinan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1

Como hipótesis inicial, se esperó que la muestra obtuviese una *puntuación total en el HAD* mayor o igual a 10, de modo que se discriminase malestar emocional clínicamente significativo.

Hipótesis 2

En segundo lugar, se esperó que la muestra presentase una media en *ansiedad* superior a 8, siendo, por tanto, un caso probable de ansiedad según el HAD (Zigmond y Snaith, 1983), como veremos a continuación.

Hipótesis 3

La tercera hipótesis que se planteó fue que la muestra presentase una media en *depresión* superior a 8, siendo por tanto un caso probable de depresión, según el HAD (Zigmond y Snaith, 1983).

Hipótesis 4

4.1. Se esperó encontrar diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad* según el tipo de apego de apego adulto en los cuidadores.

4.2. En este sentido, se esperó que el grupo de sujetos con *tipo de apego adulto inseguro* presentasen medias más altas en *ansiedad* que los sujetos con *tipo de apego adulto seguro*.

4.3. En concreto, que los sujetos *preocupados* fuesen los que presentasen la media más alta en *ansiedad*.

4.4. Se esperó también que los sujetos *seguros* fuesen los que presentasen la media más baja en *ansiedad*.

4.5. Se esperó encontrar diferencias estadísticamente significativas en *depresión* según el *tipo de apego adulto* en los cuidadores.

4.6. En este sentido, se esperó que el grupo de sujetos con *tipo de apego adulto inseguro* presentasen medias más altas en *depresión* que los sujetos con *tipo de apego adulto seguro*.

4.7. En concreto, que los sujetos *preocupados* fuesen los que presentasen medias más altas en *depresión*.

4.8. Se esperó también que los sujetos *seguros* fuesen los que presentasen la media más baja en *depresión*.

Hipótesis 5

5.1. Se esperó hallar diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad* entre *hombres* y *mujeres* cuidadores de pacientes oncológicos.

5.2. Se esperó hallar diferencias estadísticamente significativas en *depresión* entre *hombres* y *mujeres* cuidadores de pacientes oncológicos.

5.3. En este sentido, se esperó que las mujeres presentasen medias más altas en *ansiedad* y *depresión*.

Hipótesis 6

6.1 Se esperó encontrar diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad* según la *edad* del cuidador, esto es, entre cuidadores *menores de 47 años* y *cuidadores mayores de 47*.

6.2. Se esperó encontrar diferencias estadísticamente significativas en *depresión* según la *edad* del cuidador, esto es, entre cuidadores *menores de 47 años* y *cuidadores mayores de 47*.

6.3. En este sentido, se esperó que los de menor *edad* presentasen medias más altas en *ansiedad* y *depresión*.

Hipótesis 7

7.1. Se esperó hallar diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad* según el grado de *parentesco* con el familiar enfermo, entre *cónyuges* y *no cónyuges*

7.2. Se esperó hallar diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad* según el grado de *parentesco* con el familiar enfermo, esto es, entre *cónyuges* y *no cónyuges*.

7.3. En este sentido, se esperó que los *cónyuges* presentasen medias más altas en *ansiedad* y *depresión*.

Hipótesis 8

8.1 Se esperó encontrar diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad* según el *estadio* de la enfermedad (E1, E2, E3 y E4), esto es, entre cuidadores cuyo familiar se encontrase en *estadios previos* de la enfermedad y el *estadio 4*.

8.2. Se esperó encontrar diferencias estadísticamente significativas en *depresión* según el *estadio* de la enfermedad (E1, E2, E3 y E4), esto es, entre cuidadores cuyo familiar se encontrase en *estadios previos* de la enfermedad y el *estadio 4*.

8.3. En este sentido, se esperó que los sujetos cuyo familiar se encontrase en un *estadio 4* presentasen medias más altas en *ansiedad* y *depresión*.

Método

Participantes

Se empleó una muestra de 30 familiares cuidadores de pacientes oncológicos del Hospital 12 de Octubre de Madrid. En concreto, se reclutaron 15 hombres y 15 mujeres de entre 23 y 57 años, todos ellos de nacionalidad española. El máximo de edad fue 57 por ser el que presenta la población con la que fue validado el cuestionario de Melero y Cantero (2008). Esto se hizo así con la intención de que se mantuviese la adecuación psicométrica de los resultados.

Instrumentos de medida

Para la obtención de los resultados, se emplearon los siguientes cuestionarios.

- Cuestionario de datos sociodemográficos elaborado específicamente para este trabajo

Este recogió los datos sociodemográficos de interés tanto del cuidador como del familiar enfermo.

Respecto a los datos del cuidador, se registró su edad, su sexo, su nacionalidad, su parentesco con el familiar y si cumplía la función de cuidador principal establecido por la OMS (1999), la cual se incluye en el apartado de introducción. En concreto, se les presentó dicha definición y los sujetos debían indicar si, tras haberla leído, se consideraban cuidadores principales. En este sentido, fueron descartados aquellos sujetos que no respondieron de manera afirmativa, de modo que todos los individuos de esta investigación son considerados cuidadores principales.

También se registró si habían recibido atención psicológica o psiquiátrica en alguna ocasión, si habían recibido algún diagnóstico psiquiátrico (cuál y cuándo) y si consumían actualmente psicofármacos. Así, fueron descartados aquellos sujetos que habían recibido atención

psicológica o psiquiátrica en alguna ocasión, así como aquellos que habían recibido algún diagnóstico psiquiátrico o bien consumían psicofármacos en la actualidad. Esto se hizo así con la intención de controlar posibles variables extrañas que pudieran influir en los resultados, tales como la presencia de una enfermedad mental que supusiese una mayor sintomatología ansiosa depresiva, o una posible reducción de la misma por estar bajo tratamiento, bien terapéutico o farmacológico. Controlar la influencia de estas variables permitió en mayor medida analizar la relación existente entre tipo de apego adulto y sintomatología ansiosa depresiva en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos.

Por otro lado, también se descartaron todos aquellos sujetos que no tuviesen nacionalidad española, para garantizar que los resultados proviniesen de una muestra de nuestro país.

Respecto a los datos del familiar enfermo, se registró su edad, su sexo, el diagnóstico de la enfermedad y el estadio de la enfermedad. En aquellos casos en los que el cuidador no supiese responder a esta última cuestión, se le pidió que indicase el número de historia clínica del paciente, explicándole, tanto a él como al paciente, que esto posibilitaba el acceso al historial clínico del mismo. A través de dicho número y con la colaboración del equipo de la Unidad de Psicooncología del Hospital del 12 de Octubre, se accedió al historial clínico de los pacientes que optaron por esta opción y se determinó en segunda instancia el estadio de la enfermedad.

A través de los datos recogidos en este cuestionario se determinaron las variables *sexo*, *edad*, *parentesco* y *estadio* de la enfermedad.

- Cuestionario de Apego Adulto (CAA, Cantero y Melero, 2008)

Se utilizó este cuestionario para determinar el tipo de apego adulto de los cuidadores, sujetos objeto de nuestro estudio. Elaborado y baremado en población española, cuenta con 40 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos: 1 nada de acuerdo, 6 muy de acuerdo. Proporciona 4 escalas (Escala 1: Baja Autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y positividad; Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones y Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad). Este instrumento clasifica, por un lado a los sujetos en seguros e inseguros y por otro lado, discrimina los tres tipos de inseguridad: alejado, preocupado y temeroso-hostil.

En concreto, a la hora de analizar las tipologías de apego adulto y teniendo en cuenta el significado de cada una de las Escalas mencionadas en el párrafo anterior, el cuestionario establece la siguiente clasificación (Tabla 1.), que se tuvo en cuenta de cara a la interpretación de los resultados:

Tabla 1. CLASIFICACIÓN EN CATEGORÍAS DE APEGO ADULTO (Cantero y Melero, 2008)

	TEMEROSO HOSTIL	PREOCUPADO	SEGURO	HUIDIZO ALEJADO
Escala 1: Baja Autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	MUY ALTO 52	ALTO 49.15	MUY BAJO 28.94	BAJO/MOD. 35.73
Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	MUY ALTO 44.73	MODERADO 28.17	BAJO 22.34	MODERADO 32.70
Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones	BAJO 35.51	MOD./ALTO 40.40	ALTO 44.13	BAJO/MOD. 38.29
Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	MOD./ALTO 18.41	MODERADO 17.97	BAJO 13.99	ALTO 18.73

Los índices de consistencia interna de las 4 escalas fueron evaluados mediante el coeficiente α de Cronbach. La escala de Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo obtuvo un índice de 0,86; la escala Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad de 0.80; la escala Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones de 0,77; y la escala Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad de 0,68. El estudio de sus propiedades psicométricas resultó satisfactorio, tanto en lo que respecta al análisis de fiabilidad de las escalas como a la validez de constructo del instrumento. La varianza total explicada fue del 40%.

La elección de este cuestionario se realizó en base a varias ventajas percibidas respecto al mismo. Por un lado, por sus adecuadas propiedades psicométricas, su número no muy extenso de ítems y por tanto su facilidad de aplicación. Por otro lado, porque posibilita categorizar a los sujetos en los cuatro tipos de apego adulto y, a su vez, proporciona información sobre las características personales de cada uno de los sujetos a través de las puntuaciones en las escalas, lo que puede resultar informativo de cara a la aplicación clínica.

Así, a través de la clasificación de los sujetos según los criterios del cuestionario, se determinaron la variable *tipo de apego adulto* con cuatro niveles: *seguro*, *preocupado*, *temeroso alejado* y *temeroso hostil*.

- Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD, Zigmond y Snaith, 1983)

Se empleó este cuestionario para determinar la sintomatología ansiosa depresiva de los cuidadores. Se trata de una escala de 14 ítems divididos en dos subescalas: ansiedad y depresión. En cada una, valores totales entre 0 y 7 indican ausencia de caso clínico, entre 8 y 10 caso probable y de 11 a 21 caso clínico. Estudios de validación con pacientes españoles encuentran coeficientes alfa de Cronbach en la subescala de ansiedad de 0,77 y en la de depresión de 0,83. La correlación test-retest es 0,82 en la subescala de ansiedad y 0,80 en la

escala de depresión. La validez concurrente, utilizando como criterio de referencia en ansiedad el cuestionario STAI (Escala de ansiedad estado-rasgo) y en depresión el cuestionario SDS de Zung, mostró correlaciones significativas. Con unos índices de sensibilidad y especificidad de alrededor del 70 por ciento, el punto de corte óptimo para detectar probable sintomatología clínicamente significativa, fue una puntuación 8 en la subescala de ansiedad y una puntuación de 4 en la subescala de depresión. Una puntuación total en el HAD mayor o igual a 10 permite discriminar malestar emocional clínicamente significativo.

Así, para este estudio, se tuvieron en cuenta las puntuaciones totales en el HAD, las puntuaciones en la subescala de ansiedad y las puntuaciones en la subescala depresión a la hora de hablar de las variables *puntuación total en el HAD, ansiedad y depresión*.

Procedimiento

Se condujo a los participantes un lugar tranquilo y apartado del Hospital 12 de Octubre donde poder evitar perturbaciones. Se les explicó que tenían que responder a unas preguntas de forma sincera, y se les aseguró la confidencialidad de sus respuestas.

En primer lugar, se les pasó un cuestionario breve donde se recogieron los datos sociodemográficos del cuidador (sexo, edad, nacionalidad, parentesco con el paciente enfermo y cumplimentación de la definición de cuidador principal) y los datos sociodemográficos del paciente (sexo, edad, nacionalidad, diagnóstico de la enfermedad y estadio de la enfermedad).

A continuación, se les pasó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Zigmond y Snaith, 1983) y una vez finalizado, el Cuestionario de Apego Adulto (Cantero y Melero, 2008).

Para finalizar, se les presentó las cuestiones referentes a si habían recibido atención psicológica o psiquiátrica en alguna ocasión, si habían recibido algún diagnóstico psiquiátrico (indicando cuándo y cuál) y si consumían psicofármacos en la actualidad (indicando también cuál).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas y, una vez ultimada la recogida de los datos, se procedió a su análisis a través del programa estadístico SPSS 20, y a su posterior interpretación de los resultados.

Análisis de datos

En primer lugar, se halló el estadístico Alpha de Cornbach para obtener el valor de la fiabilidad de los instrumentos empleados. En segundo lugar, se analizó los datos descriptivos de la muestra en relación a las variables sociodemográficas y a las variables objeto de estudio.

El valor crítico de significación contemplado a lo largo del estudio fue de 0,05. Por otro lado, el nivel de confianza con el que se trabajó fue del 95%, de modo que se consideraron significativos valores inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

A través de la prueba de Saphiro-Wilks se contrastó la hipótesis de normalidad de toda la muestra en cuanto al *tipo de apego adulto* y las variables *ansiedad* y *depresión*. También se realizó esta prueba para las variables sociodemográficas (*sexo*, *edad*, *parentesco* y *estadío de la enfermedad*) y las variables *ansiedad* y *depresión*.

Posteriormente, se realizó el contraste de homogeneidad de varianzas en cuanto al *tipo de apego adulto* y las variables *ansiedad* y *depresión*. También se llevó a cabo esta prueba para las variables sociodemográficas (*sexo*, *edad*, *parentesco* y *estadío de la enfermedad*) y las variables *ansiedad* y *depresión*.

Respecto a las hipótesis objeto de estudio, para contrastar hipótesis 1, la hipótesis 2 y la hipótesis 3 se llevó a cabo el estadístico de contraste t de Student para una muestra. En el primer caso, el objetivo era comprobar que la media de los sujetos en la *puntuación total del HAD* era superior a 10, y en el caso de la segunda y tercera hipótesis, comprobar que la media de los sujetos era superior a 8 en *ansiedad* y *depresión* respectivamente.

Para contrastar la cuarta hipótesis, se utilizó el estadístico de contraste ANOVA de 1 factor para comparar medias. Se relacionó entonces la variable independiente *tipo de apego adulto* (con cuatro niveles: *seguro*, *preocupado*, *temeroso alejado* y *temeroso hostil*) y las variables dependientes *ansiedad* y *depresión*.

Para contrastar la quinta hipótesis, se realizó se utilizó el estadístico de contraste t de Student para muestras independientes. Para ello se relacionó la variable independiente *sexo* (con dos niveles: *hombres* y *mujeres*) y las variables dependientes *ansiedad* y *depresión*.

Con el objetivo de contrastar la sexta hipótesis, se utilizó también el estadístico de contraste t de Student para muestras independientes. Se relacionó entonces la variable independiente *edad* (con dos niveles: *menores de 47 años* y *mayores de 47*) y las variables dependientes *ansiedad* y *depresión*.

Para contrastar la séptima hipótesis, se llevó a cabo de nuevo el estadístico de contraste t de Student para muestras independientes con el objetivo de relacionar las variables *parentesco* y *depresión*, y la misma prueba para relacionar la variable *parentesco* y *ansiedad*. En este caso, cabe mencionar que creó una nueva variable independiente *parentesco grupal* con dos niveles, *cónyuges* y *no cónyuges*, la cual fue empleada a la hora de realizar los análisis. Se llevó a cabo esta agrupación respecto a la variable *parentesco* dado que, en muestra obtenida, como veremos

en el apartado de resultados, prácticamente la mitad eran cónyuges y la otra mitad, tomándolos conjuntamente, hijos, hermanos y yernos. Esta agrupación permitió contrastar la hipótesis de que los *cónyuges* presentan medias más altas en *ansiedad* y *depresión*.

Para contrastar la octava hipótesis, se llevó a cabo un estadístico de contraste T de Student para muestras independientes, con el objetivo de relacionar las variables *estadío*, *ansiedad* y *depresión*. Cabe mencionar, como se explica a continuación, que se creó una nueva variable *estadío grupal* formada por dos niveles, *estadíos previos* y *estadío 4*. Esta agrupación permitió contrastar la hipótesis de que los cuidadores cuyos familiares se encuentran en el estadío más avanzado presentan medias más altas en *ansiedad* y *depresión*.

Resultados

Fiabilidad

La fiabilidad del instrumento, esto es, en qué medida se mide lo que se pretende medir, es indicado por el valor del estadístico Alpha de Cornbach. En nuestro estudio, el Cuestionario de Apego Adulto (Cantero y Melero, 2008) presenta una fiabilidad de 0,735, lo que se considera aceptable. Por su parte, el HAD, esto es, la Escalada de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Zigmond y Snaith, 1983) presenta una fiabilidad de 0,944, y por tanto, buena.

Descriptivos

Esta investigación consideró las respuestas de 30 adultos de entre 23 y 57 años, de los cuales el 50% eran hombres y el 50% mujeres. El 50% de los sujetos eran cónyuges, el 36,7% hijos, el 6,7% hermanos y el 6,7% yernos. Como hemos comentado, dada la descompensación respecto al número de miembros en cada grupo de parentesco, y teniendo en cuenta la hipótesis (plantada a partir de la literatura) de que los cónyuges presentan mayores niveles de *ansiedad* y *depresión*, se procedió a crear una nueva variable *parentesco grupal*, formada por dos niveles: *cónyuges* y *no cónyuges*.

Respecto al *estadío* de la enfermedad de su familiar, el 3,3% se encontraba en el estadío 1, el 20% en el estadío 2, el 10% en el estadío 3 y el 63,3% en el estadío 4. Como hemos comentado, debido a la descompensación que se puede observar respecto al número de miembros cuyo familiar se encuentra en cada uno de los estadíos, y teniendo en cuenta la hipótesis (plantada a partir de la literatura) de que los cuidadores cuyo familiar se encuentra en fases más avanzadas presentan mayores niveles de *ansiedad* y *depresión*, se procedió a crear una nueva variable *estadío grupal*, formada por dos niveles: *estadíos previos* y *estadío 4*.

Teniendo en cuenta el *tipo de apego*, el 26% de los sujetos eran *seguros*, el 23,3% eran *preocupados*, el 26,7% eran *temerosos hostiles* y el 23,3% eran *temerosos alejados*.

Por otro lado, las variables cuantitativas estudiadas presentaron las siguientes medias y desviaciones típicas en la totalidad de la muestra: *ansiedad* ($10,20 \pm 4,47$) y *depresión* ($7,87 \pm 4,84$). La edad, por su parte, presentó los siguientes valores ($47,40 \pm 10,88$). Como hemos comentado, se procedió entonces a crear la variable categórica *edad grupal* con dos niveles: *menores de 47* y *mayores de 47 años*.

Prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas

En primer lugar, a través de la prueba de ShapiroWilk, se contrastó la hipótesis de normalidad para el *tipo de apego adulto* (formado por los niveles *seguro*, *preocupado*, *temeroso hostil* y *temeroso alejado*) y para la variable *ansiedad*. El tipo de apego *seguro* obtuvo un valor-p (0,871), el tipo de apego *preocupado* obtuvo un valor-p (0,269), el *temeroso hostil* obtuvo un valor-p (0,541) y el *temeroso alejado* un valor-p (0,626). Así, al ser todos los valores-p son mayores que 0,05 podemos concluir que se cumplió el supuesto de normalidad para estas dos variables. Respecto a la hipótesis de homogeneidad de varianzas, se utilizó el estadístico de Levene y se obtuvo un valor-p (0,804) por lo que se mantiene la hipótesis dicha hipótesis.

A continuación, a través de la misma prueba de ShapiroWilk se contrastó la hipótesis de normalidad para el *tipo de apego adulto* y para la variable *depresión*. El tipo de apego *seguro* obtuvo un valor-p (0,175), el tipo de apego *preocupado* obtuvo un valor-p (0,521), el *temeroso hostil* obtuvo un valor-p (0,983) y el *temeroso alejado* un valor de (0,277). Por tanto, todos los valores-p son mayores que 0,05, por lo que podemos concluir que se cumplió el supuesto de normalidad para estas dos variables. Respecto a la hipótesis de homogeneidad de varianzas, se utilizó la prueba de Levene y se obtuvo un valor-p (0,304) por lo que cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas para estas variables.

Se realizó también la prueba de ShapiroWilk para contrastar la hipótesis de normalidad para la variable *sexo* y la variable *ansiedad*. Los *hombres* obtuvieron un valor-p (0,065) y las *mujeres* un valor-p (0,433). Respecto a la variable *depresión*, los *hombres* obtuvieron un valor-p (0,159) y las *mujeres* un valor-p (0,654). Así, podemos concluir que se cumple el supuesto de normalidad para estas tres variables. A la hora de contrastar la hipótesis de homogeneidad de varianzas, se empleó la prueba de Levene y se obtuvo un valor-p (0,877) para la variable *ansiedad* y un valor-p (0,669) para *depresión*, por lo que se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas para estas variables.

También a través de la prueba de ShapiroWilk se contrastó la hipótesis de normalidad para la variable *edad* (formada por dos niveles: *menores de 47* y *mayores de 47*) y la variable *ansiedad*. Los *más jóvenes* de la muestra obtuvieron un valor-p (0,905) y lo de *mayor edad* un valor-p (0,261). Respecto a la variable *depresión*, los *más jóvenes* de la muestra obtuvieron un valor-p

(0,527) y los de *mayor edad* (0, 229). Por tanto, podemos concluir que se cumple el supuesto de normalidad para estas tres variables. A la hora de contrastar la hipótesis de homogeneidad de varianzas, se utilizó la prueba de Levene y se obtuvo un valor-p en *ansiedad* de (0,344) y en *depresión* de (0,221), de modo que se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas para estas variables.

La prueba de ShapiroWilk para contrastar la hipótesis de normalidad para la variable *parentesco* (formada por dos niveles: *cónyuges* y *no cónyuges*) y la variable *ansiedad*. Los *cónyuges* presentaron un valor-p (0, 262) y los *no cónyuges* un valor-p (0,426). Respecto a la variable *depresión*, los *cónyuges* presentaron un valor-p (0,566) y los *no cónyuges* un valor-p (0,501). Así, podemos concluir que se cumple el supuesto de normalidad para estas tres variables. Sin embargo, a la hora de contrastar la hipótesis de homogeneidad de varianzas, se empleó la prueba de Levene y se observó que para la variable *parentesco* y la variable *ansiedad* se obtuvo un valor-p (0,034) por lo que, en este caso, no se puede asumir el supuesto de homogeneidad de varianzas. Por otro lado, sí se pudo mantener dicho supuesto para la variable *parentesco* y la variable *depresión*, presentando un valor-p (0,090).

Por último, se utilizó esta misma prueba para contrastar la hipótesis de normalidad para la variable *estadio grupal* (formada por dos niveles: *estadios previos* y *estadio 4*) y las variables *ansiedad* y *depresión*. Los cuidadores cuyos familiares se encontraban en *estadios previos* obtuvieron en *ansiedad* un valor-p (0,651) y en *depresión* (0,340). Aquellos cuidadores cuyos familiares se encontraban en el estadio más avanzado, esto es, el *estadio 4*, presentaron en *ansiedad* un valor-p (0,593) y en *depresión* un valor-p (0,115). Por tanto, se pudo concluir que se cumple el supuesto de normalidad para estas tres variables. A la hora de contrastar la hipótesis de homogeneidad de varianzas, se utilizó la prueba de Levene y se obtuvo un valor-p en *ansiedad* (0,641) y en *depresión* un valor-p (0,915). Por tanto, se mantuvo el supuesto de homogeneidad de varianzas para estas variables.

Contraste de la primera hipótesis

Para evaluar la hipótesis 1, se empleó la prueba estadística t de Student para una muestra. La significación ($p=0,000$) asociada al estadístico de contraste ($t=4,809$) con 29 gl es menor a 0,05, por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la media de en la *puntuación total del HAD* en la población de cuidadores familiares de pacientes oncológicos sea igual a 10, siendo esta 18,06. Así, confirmamos la hipótesis 1 de nuestro estudio: la media de los sujetos presentaron malestar emocional clínicamente significativo.

Contraste de la segunda hipótesis

Para evaluar la hipótesis 2, se empleó la prueba estadística t de Student para una muestra. La significación ($p=0,017$) asociada al estadístico de contraste ($t=2,528$) con 29 gl es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la media de *ansiedad* en el HAD en la población de cuidadores familiares de pacientes oncológicos sea igual a 8, siendo esta 10,2. Así, confirmamos la hipótesis 2 de nuestro estudio: la media de los sujetos en *ansiedad* correspondió a un caso probable de ansiedad.

Contraste de la tercera hipótesis

Para evaluar la hipótesis 3, se empleó la prueba estadística t de Student para una muestra. La significación ($p=0,881$) asociada al estadístico de contraste ($t=-0,151$) con 29 gl es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la media en *depresión* en el HAD en la población de cuidadores familiares de pacientes oncológicos sea igual a 8, siendo esta 7,8667. Así, rechazamos la hipótesis 3 de nuestro estudio, a pesar de ser un valor muy próximo.

Contraste de la cuarta hipótesis

Para evaluar la hipótesis 4.1, esto es, la *ansiedad* dependiendo del *tipo de apego adulto*, se utilizó el contraste estadístico ANOVA de un factor. La significación ($p= 0,01$) asociada al estadístico de contraste ($F=7,339$) es menor que 0,05 por lo que se pudo concluir que sí hay diferencias en *ansiedad* según el *tipo de apego adulto* y por tanto, que se confirma la hipótesis 4.1. de este estudio; ANOVA ($7,339$)= 0,001; $p < 0,05$. Además, observamos que el tamaño del efecto es grande, ya que Eta al cuadrado es 0,459 y por tanto, mayor que 0,10.

La Prueba Post-Hoc nos permite observar entre qué tipos de apego se dan las diferencias en *ansiedad*. Así, encontramos que sí se presentaron diferencias significativas entre el tipo de apego *seguro* y el *preocupado* ($p=0,03$) y el tipo de apego *seguro* y el *temeroso hostil* ($p=0,10$) en *ansiedad*. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el tipo de apego *temeroso alejado* y ninguno de los otros tres tipos de apego en *ansiedad*: *seguro* ($p=0,324$), *preocupado* ($p=0,148$) y *temeroso hostil* ($p=0,437$). Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el tipo de apego *preocupado* y el *temeroso hostil* (0,939).

Teniendo en cuenta la diferencia de medias en *ansiedad* entre aquellos tipos de apego que sí mostraron diferencias significativas, observamos que entre *seguro* y *preocupado* la diferencia es de 8,089 y entre *seguro* y *temeroso hostil* es de 6,875. Por tanto, no se pudo confirmar en su totalidad la hipótesis 4.2. de este apartado, ya que, a pesar de que los tres tipos de apegos inseguros presentan medias más altas en *ansiedad*, en el caso del *temeroso alejado* las diferencias no son estadísticamente significativas. Con todo, sí se pudo confirmar la hipótesis

4.3, debido a que el tipo de apego adulto *preocupado* es el que presenta la media más alta en *ansiedad* (13, 714). También se confirmó la hipótesis 4.4, ya que el tipo de apego *seguro* es el que presenta la media más baja en *ansiedad* (5,625).

Para contrastar la hipótesis 4.5, esto es, si existen diferencias en *depresión* dependiendo del *tipo de apego adulto*, se empleó también el contraste estadístico ANOVA de un factor. La significación ($p=0,015$) asociada al estadístico de contraste ($F=4,178$) es menor que 0,05 por lo que se pudo concluir que sí hay diferencias en *depresión* según el *tipo de apego adulto* por tanto, que se confirma la hipótesis 4.5. de este estudio; ANOVA ($F=4,178$)= 0,015; $p < 0,05$. Además, observamos que el tamaño del efecto es grande, ya que η^2 al cuadrado es 0,325 y por tanto, mayor que 0,10.

La Prueba Post-Hoc permite, como se ha visto, observar entre qué tipos de apego se dan las diferencias en *depresión*. Así, se encontró que sí se presentaron diferencias significativas entre el tipo de apego *seguro* y el *preocupado* ($p=0,049$) y entre el tipo de apego *seguro* y el *temeroso hostil* ($p=0,040$) en *depresión*. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el tipo de apego *temeroso alejado* y ninguno de los otros tres tipos de apego en *depresión*: *seguro* ($p=0,307$), *preocupado* ($p=0,793$) y *temeroso hostil* ($p=0,780$). Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el tipo de apego *preocupado* y el *temeroso hostil* ($p=1$).

Teniendo en cuenta la diferencia de medias en *depresión* entre aquellos tipos de apego que sí mostraron diferencias significativas, se observó que entre *seguro* y *preocupado* la diferencia es de 6,517 y entre *seguro* y *temeroso hostil* es de 6,5. Por tanto, no podemos confirmar en su totalidad la hipótesis 4.6 de este apartado, ya que, a pesar de que los tres tipos de apegos inseguros presentan medias más altas en *depresión*, en el caso del *temeroso alejado* las diferencias no son estadísticamente significativas. Con todo, sí se confirmó la hipótesis 4.7, debido a que el tipo de apego adulto *preocupado* es el que presenta la media más alta en *depresión* (10,143), a pesar de ser por muy poca diferencia respecto al *temeroso hostil* (10,125). También se confirmó la hipótesis 4.8 de este estudio, puesto que los sujetos *seguros* fueron los que presentaron la media más baja en *depresión* (3,625).

Contraste de la quinta hipótesis

Para comprobar la hipótesis 5.1, es decir, si existen diferencias entre *hombres* y *mujeres* cuidadores de pacientes oncológicos en *ansiedad*, se utilizó el contraste estadístico t de student para muestras independientes. La significación ($p= 0, 065$) asociada al estadístico de contraste T (-1,922) llevó a mantener la hipótesis nula de que no se hallaron diferencias significativas entre *hombres* y *mujeres* en *ansiedad*, y por tanto, a rechazar la hipótesis 5.1.

Sin embargo, la media y la desviación típica de los *hombres* en *ansiedad* fue de $(8,16 \pm 4,421)$ y en *mujeres* $(11,8 \pm 4,274)$. Por ello, dadas las diferencias de medias a simple vista elevadas, y el reducido tamaño muestral, se optó por comprobar el tamaño del efecto del contraste a través del estadístico *d* de Cohen. Este ofreció un resultado de 0,7, considerándose bueno, según los criterios del propio Cohen a partir de 0,5. Esto quiere decir que, con una probabilidad elevada, en caso de aumentar el tamaño de la muestra obtendríamos resultados significativos.

Por tanto, a pesar de que en *ansiedad*, *hombres* y *mujeres* no presentan diferencias estadísticamente significativas, y de no poder confirmar la hipótesis a través del criterio de significación ($p < 0,05$), se consideró que existe una diferencia de medias con una potencia elevada (0,7) teniendo en cuenta el estadístico *d* de Cohen, siendo las medias en *ansiedad* (8,16).

Respecto a la hipótesis 5.2, esto es, si existen diferencias entre *hombres* y *mujeres* en *depresión*, se utilizó la misma prueba. En este caso, la significación ($p = 0,048$) asociada al estadístico de contraste T (-2,069) llevó a confirmar hipótesis 5.2 de nuestro estudio: sí se encontraron diferencias significativas entre *hombres* y *mujeres* en *depresión*. En este sentido, las *mujeres* ($9,6 \pm 4,882$) presentaron una media más alta en *depresión* que los *hombres* ($6,1 \pm 4,274$), por lo que se confirmó también parte de la hipótesis 5.3. de este apartado, esto es, para *depresión* y no para *ansiedad*.

Contraste de la sexta hipótesis

Para contrastar la hipótesis 6.1, esto es, explorar la existencia de diferencias en *ansiedad* según la *edad* (entendida esta, como la *edad grupal*, con dos niveles: *menores de 47* y *mayores de 47* años) se utilizó la prueba estadística *t* de Student para muestras independientes. La significación ($p = 0,928$) asociada al estadístico de contraste T (0,091) llevó a mantener la hipótesis nula de que no se encontraron diferencias significativas entre *menores de 47* y *mayores de 47 años* en *ansiedad*, y por tanto, a rechazar la hipótesis 6.1. de este estudio. Cabe mencionar que la media y desviación típica del grupo de *menores de 47 años* en *ansiedad* fue $(10,286 \pm 4,365)$ y la del grupo de *mayores de 47* fue $(10,1250 \pm 5,085)$.

Por otro lado, para contrastar la hipótesis 6.2, esto es, explorar la existencia de diferencias en *depresión* según la *edad*, se utilizó la misma prueba estadística. La significación ($p = 0,612$) asociada al estadístico de contraste T (0,513) llevó a mantener la hipótesis nula de que no se encontraron diferencias entre *menores de 47* y *mayores de 47* en *depresión*, y por tanto, a rechazar también la hipótesis 6.2. de este estudio. Cabe mencionar que la media y desviación típica del grupo de *menores de 47* en *ansiedad* fue $(8,357 \pm 4,162)$ y en el grupo de *mayores de 47* fue $(7,438 \pm 5,467)$.

Finalmente, a pesar de que no se encontraron diferencias significativas en *ansiedad* y *depresión* entre los dos grupos de edad, sí podemos observar cómo las medias en *ansiedad* (10,286) y *depresión* (8,357) fueron más altas en el de *menores de 47 años*. Sin embargo, estas no son significativas y tampoco tienen una potencia elevada según el estadístico *d* de Cohen (0,2).

Contraste de la séptima hipótesis

Para contrastar la hipótesis 7.1, esta es, la existencia de diferencias significativas en *ansiedad* según el tipo de *parentesco*, se llevó a cabo la prueba *t* de Student para muestras independientes. La significación ($p=0,045$) asociada al estadístico de contraste *t* (2,107) llevó a rechazar la hipótesis nula de que no hay diferencias entre *cónyuges* y *no cónyuges* en *ansiedad* y por tanto, a confirmar la hipótesis 7.1. de este estudio. Por su parte, la media y la desviación típica de los *cónyuges* en *ansiedad* fue de $(11,933 \pm 5,271)$ y de los *no cónyuges* $(8,466 \pm 3,583)$.

Por otro lado, para contrastar la hipótesis 7.2., esto es, si existen diferencias significativas en *depresión* según el *parentesco*, se empleó también la prueba estadística *t* de Student para muestras independientes. La significación ($p=0,234$) asociada al estadístico de contraste *t* (1,217) llevó a mantener la hipótesis nula respecto a que no se encontraron diferencias entre *cónyuges* y *no cónyuges* en *depresión* y por tanto, a rechazar la hipótesis 7.2. de este estudio. Por su parte, la media y la desviación típica de los *cónyuges* en *depresión* fue de $(8,933 \pm 3,599)$ y de los *no cónyuges* $(6,80 \pm 3,840)$.

Finalmente, sí se encontraron diferencias significativas entre *cónyuges* y *no cónyuges* en *ansiedad*. Sin embargo, para la variable *depresión* no se puede considerar que exista una diferencia significativa entre los grupos, siendo además la *d* de Cohen 0,4. Aún con todo, sí se observa cómo la media en *ansiedad* (11,933) es superior en los *cónyuges*, por lo que se puede afirmar parcialmente –y no en lo que respecta a *depresión*- la hipótesis 6.3 de este estudio.

Contraste de la octava hipótesis

Para contrastar la hipótesis 8.1., esto es, explorar la existencia de diferencias significativas en *ansiedad* según el *estadio* de la enfermedad, se utilizó la prueba estadística *t* de Student para muestras independientes. La significación ($p=0,819$) asociada al estadístico de contraste *t* (0,232) llevó a mantener la hipótesis nula respecto a que no se encontraron diferencias en *ansiedad* entre cuidadores cuyos familiares se encontraban en *estadios previos* y entre aquellos cuyos familiares se encontraban en el *estadio 4* de la enfermedad. Por tanto, se rechazó la hipótesis 8.1. de este estudio.

Con todo, la media y la desviación típica en *ansiedad* por parte de los cuidadores que cuyo familiar se encontraba en *estadios previos* fue de $(10,429 \pm 4,353)$ y en aquellos en los que el paciente se encontraba en el *estadio 4* fue de $(10,087 \pm 4,907)$.

Para contrastar la hipótesis 8.2., es decir, explorar la presencia de diferencias significativas en *depresión* según el *estadio* de la enfermedad se utilizó la misma prueba anterior. La significación ($p=0,111$) asociada al estadístico de contraste T (1,646) llevó a mantener la hipótesis nula respecto a que no se encontraron diferencias en *depresión* entre cuidadores cuyos familiares se encontraban en *estadios previos* y entre aquellos cuyos familiares se encontraban en el *estadio 4* de la enfermedad. Así, se rechazó la hipótesis 8.2. de este estudio.

Sin embargo, como ya se ha explicado anteriormente, dado el reducido tamaño de la muestra, se obtuvo el estadístico d de Cohen para comprobar si la potencia del contraste era elevada. Se obtuvo una d de Cohen de 0,9, por lo que se determinó que la potencia es muy elevada. Esto significa que, con mucha probabilidad, en caso de aumentar el tamaño de la muestra, se obtendrán resultados significativos para este contraste.

Por otro lado, la media y la desviación típica en *depresión* por parte de los cuidadores cuyo familiar se encontraba en *estadios previos* fue de $(10,429 \pm 4,353)$ y en aquellos en los que el paciente se encontraba en el *estadio 4* fue de $(7,087 \pm 4,795)$.

Finalmente, rechazó la hipótesis 8.3. según la cual se esperaban medias más altas en *ansiedad* (10,087) y *depresión* (7,087) en los cuidadores cuyos familiares se encontrasen en el *estadio 4*, ya que en este caso, las medias fueron inferiores a las de los *estadios previos*.

Discusión

Recordamos que el objetivo principal de esta investigación fue explorar la existencia de sintomatología ansiosa depresiva en familiares cuidadores de pacientes oncológicos. Tras los resultados obtenidos, se pudo concluir que la mayoría de los sujetos que participaron en este estudio presentaron malestar clínicamente significativo. Teniendo en cuenta que se requiere una puntuación total en la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD, Zigmond y Snaith, 1983) mayor o igual que 10 para hacer esta afirmación, se observa cómo la muestra supera dicho valor en 8,06 puntos, presentando una media de 18,06. Este dato resulta acorde con la literatura, la cual afirma que los cuidadores familiares presentan malestar psicológico, y en concreto, en términos de ansiedad y síntomas depresivos (Alfaro et al, 2008; Rodríguez et al, 2002; Mairer, 2003; Moreira y Turrini, 2011).

Respecto a esto, el estudio estimó que la media de la muestra en ansiedad y depresión en el HAD fuese mayor o igual que 8, y por tanto, los sujetos presentasen valores correspondientes a

un caso probable de ansiedad y depresión. Así fue en lo que respecta a la ansiedad, siendo la media 10,20 y por tanto, se pudo afirmar que la mayoría de los cuidadores de pacientes oncológicos de nuestro estudio experimentaron un caso probable de ansiedad. A su vez, a pesar de que la mayoría de los cuidadores de pacientes oncológicos no presentaron un caso probable de depresión, sí mostraron un valor muy próximo al solicitado para confirmar esto (obtuvieron un 7,88).

Así, los resultados obtenidos permiten respaldar la intención primera de esta investigación de hacer explícito el malestar psíquico que experimentan los cuidadores familiares en el proceso de la enfermedad y no sólo los propios pacientes, tal como determinan otros estudios (Baider 2003; Kim y Given 2008; Munar 2007; Naaman, Radwan y Johnson, 2009). Se evidencia, por tanto, la importancia de considerar a los cuidadores familiares como una población a la que resulta pertinente ofrecer apoyo psicológico como recurso sanitario.

El segundo objetivo de este estudio fue explorar la relación entre diferentes variables y la sintomatología ansiosa depresiva en los cuidadores familiares. En concreto, el foco fue puesto principalmente en analizar si existían diferencias en ansiedad y depresión según el tipo de apego adulto y por tanto, si resulta oportuno tener en cuenta esta variable a la hora de valorar el ajuste psicológico de los cuidadores familiares en situación de enfermedad. Los resultados de nuestro estudio respaldaron este fenómeno, pues encontramos diferencias en la sintomatología ansiosa depresiva según el tipo de apego adulto. Así, los cuatro tipos de apego adulto, análogos del tipo de apego infantil, presentan diferencias a la hora de regular el estrés, tal y como determinan Bartholomew y Horowitz (1991). Teniendo en cuenta estas diferencias, se puede entender que el sistema de apego, esto es, el modelo mental de relación generado a partir de las experiencias relacionales tempranas (Bowlby, 1960) se activa ante el estrés o la amenaza (Hazan y Shaver (1987), los cuales son aspectos característicos de la situación de enfermedad oncológica.

El tipo de apego adulto, es decir, las expectativas y modelos de actuación que guían y determinan las relaciones interpersonales (Soares y Dias, 2007, Cantero y Melero, 2008), parece ser entonces una variable a tener en cuenta a la hora de entender el ajuste psicológico por parte de los cuidadores de pacientes oncológicos. Esto resulta congruente con las investigaciones recientes que, como comentábamos al comienzo de este trabajo, han identificado diferencias en la adaptación o ajuste psicológico al estrés en función del tipo de apego adulto en familiares cuidadores de pacientes oncológicos en términos de ansiedad y depresión (Kim et al, 2008; Naaman et al 2009; Nicholls et al, 2014).

En concreto, se encontraron diferencias significativas en ansiedad entre el tipo de apego adulto seguro y dos de los inseguros: preocupado y temeroso hostil. El tipo de apego adulto alejado no

mostró diferencias significativas respecto a ninguno de los tipos de apego adulto anteriores. Como se estimó, los sujetos con apego seguro fueron los que presentaron las medias más bajas en ansiedad y depresión, lo que podría explicarse, como determina la literatura, al considerar el apego seguro como un recurso interno que facilita la gestión del estrés y el miedo mediante la adaptación de los individuos, ayudándolos a manejar estas emociones de una manera más positiva a lo largo del curso de la vida (Calvo, Palmieri, Marinelli, Bianco y Kleinbub, 2014; Florian y Mikulincer, 1998).

Por otro lado, los sujetos con apego adulto preocupado fueron los que presentaron las medias más altas en ansiedad y depresión, tal y como se hipotetizó. Una posible explicación de este resultado es que el apego preocupado, como establece Mikulincer y Shaver (2003), implica la hiperactivación del sistema de apego y por tanto, un aumento en las respuestas de búsqueda de seguridad. Estos sujetos, a su vez, se caracterizan por presentar una puntuación alta o moderada alta en la Escala 4 del Cuestionario de Apego Adulto (CAA, Cantero y Melero, 2008), como puede observarse en la Tabla 1. del apartado de *Instrumentos de medida*, lo que supone mostrar una elevada expresión emocional. Así, la hiperactivación del sistema de apego y la elevada expresión emocional propias de los sujetos preocupados podrían facilitar, no sólo la presencia de una mayor sintomatología ansiosa depresiva, sino que ésta fuese más visible y de este modo, detectada con mayor facilidad.

Como se comentó en el apartado anterior, este estudio no encontró diferencias significativas en ansiedad y depresión entre los sujetos con tipo de apego huidizo alejado y los demás tipos de apego. En este sentido, cabe mencionar que, a pesar de que otras investigaciones sí encontraron diferencias y medias más altas en ansiedad y depresión en sujetos con apego huidizo (Kim et al, 2008; Nicholls et al, 2014), dichos estudios distinguen en sus resultados únicamente dos categorías de apego adulto inseguro (preocupado y huidizo) y no tres como este estudio (preocupado, huidizo alejado y temeroso hostil). Así, se entiende que tomaron conjuntamente los sujetos que reunían las características propias de estos dos últimos tipos de apego adulto, agrupando en una misma categoría los huidizos alejados y los temerosos hostiles. Dado que nuestro estudio sí encuentra diferencias entre el apego seguro adulto y el temeroso hostil (siendo mayores las medias en ansiedad y depresión en el temeroso hostil) tomar conjuntamente ambos grupos de sujetos sin distinción (huidizos alejados con temerosos hostiles) podría llevar a encontrar diferencias en ansiedad y depresión respecto a los sujetos seguros, como ocurre en las investigaciones mencionadas. Esto puede resultar beneficioso, por permitir al CAA una mayor sutileza a la hora de diferenciar los distintos tipos de apego adulto.

El hecho de que los sujetos huidizos alejados no presentasen diferencias en ajuste psicológico al compararlos con los demás sujetos, podría deberse a la desactivación del sistema de apego que implica este estilo afectivo, tal y como determinan Mikulincer y Shaver (2003). Además, al contrario que los sujetos preocupados, éstos se caracterizan por una puntuación baja o moderada en la Escala 4 del CAA, cómo puede observarse en la Tabla 1. del apartado de *Instrumentos de medida*, lo que supone mostrar una baja o moderada expresión emocional. Tanto la desactivación del sistema de apego como la baja o moderada expresión emocional, podría dificultar la detección del malestar psicológico en los huidizos alejados, teniendo en cuenta el instrumento empleado para ello. En concreto, el HAD consta sólo de 14 ítems, por lo que no se hace una exploración en profundidad de la sintomatología ansiosa depresiva.

Con todo, los sujetos huidizos alejados no sólo no presentaron diferencias significativas en ansiedad y depresión respecto a los sujetos seguros, sino tampoco con los otros dos estilos de apego inseguro (preocupado y temeroso hostil, ambos con las medias más altas en ansiedad y depresión). Esto nos permite deducir que, según nuestros resultados, el ajuste psicológico de los sujetos alejados tampoco puede considerarse mejor que el mostrado por parte del resto de estilos afectivos inseguros.

Este estudio exploró las diferencias en sintomatología ansiosa depresiva en función de variables sociodemográficas tales como el sexo, el parentesco, edad y el estadio de la enfermedad. En este sentido, se esperó que las medias en ansiedad y depresión fuesen mayores en el caso de que el cuidador familiar fuese mujer, cónyuge y en el caso de que el familiar al que estuviesen cuidando se encontrase en estadios avanzados de la enfermedad, tal y como indica la literatura (Alfaro et al, 2008; Araneda, Aparicio, Escobar, Huaiquivil y Méndez, 2006; Baider, 2003; Hodges et al, 2005; Kurtz et al, 1994; Langer, Abrams y Syjala, 2003; Úbeda, 2009). Respecto a la edad, este estudio esperó que los cuidadores más jóvenes presentasen niveles más altos de ansiedad y depresión que los cuidadores de mayor edad, teniendo en cuenta los resultados obtenidos por el estudio de Nicholls et al (2014). Sin embargo, cabe mencionar que dichos resultados hacen referencia a los sujetos con un tipo de apego adulto preocupado y no la totalidad de los sujetos, pero teniendo en cuenta el tamaño muestral de este estudio no fue posible comparar en edad y sintomatología ansiosa depresiva a los sujetos con distinto tipo de apego adulto.

A la hora de estudiar la variable sexo, a pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en ansiedad, el estadístico d de Cohen determinó que se da una diferencia de medias con una potencia elevada y que, por tanto, si se aumentase el tamaño de la muestra sería probable obtener resultados significativos. En este sentido, el tamaño muestral

podría haber afectado, una vez más, al carácter significativo de los resultados obtenidos, lo que ha de ser tenido en cuenta a la hora de valorar los hallazgos alcanzados y también de cara a futuras investigaciones. Respecto a la depresión, sí se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo la media más alta por parte del sexo femenino. Esto es acorde con la literatura, mencionada en el párrafo anterior, en la que se encontró que las mujeres presentaban más sintomatología ansiosa depresiva. Este fenómeno puede deberse a múltiples factores, entre los que pueden encontrarse la influencia de los roles de género en la expresión emocional. La experiencia clínica en esta población permite observar en cierta medida mayor accesibilidad en el reconocimiento y verbalización de las emociones por parte las mujeres en comparación con los hombres. Teniendo en cuenta que la exploración de la sintomatología ansiosa depresiva fue a través del HAD y por tanto, a partir de 14 ítems, se puede considerar que la exploración es superficial y por tanto, no altamente sensible respecto a la detección de los síntomas.

Según lo anterior, entendemos que no se puede afirmar que las mujeres tengan una tendencia mayor a la depresión o a la ansiedad, sino que estimamos una mayor facilidad a la hora de detectar dicha sintomatología en el sexo femenino. A su vez, resulta relevante mencionar la dificultad que supuso encontrar hombres cuidadores: la gran mayoría de esta población eran mujeres. De hecho, en un momento dado, tuvo que cerrarse la reclusión de personas del sexo femenino y centrarse exclusivamente en reclutar varones, para poder compensar la muestra respecto a la variable sexo, y poder comparar ambos grupos. De este modo, cabe la posibilidad de que el sexo predominante en esta población sea femenino, tal y como viene siendo el perfil tradicional del cuidador. En este sentido, cabría explorar, por ejemplo, el sexo de los familiares cercanos que podrían cumplir también esa función y el sexo del cuidador en el que finalmente recae la tarea de cuidado; por ejemplo, si hay hijos o hermanos, cuál de ellos el que más se hace cargo. Esto, junto con las diferencias en facilidad o accesibilidad a la hora de expresar sintomatología, podrían ser aspectos a contrastar en futuras investigaciones.

Por otro lado, respecto a la edad, no se encontraron diferencias significativas entre menores de 47 años y mayores de 47 años en ansiedad y depresión. La estimación de que sí se encontrarían diferencias se hizo aludiendo a desigualdades generacionales, sin embargo, los sujetos de nuestra muestra pertenecen a generaciones muy próximas (la diferencia de edad entre el sujeto más joven y el mayor de la muestra es de 34 años). A su vez, cabe tener en cuenta que la media de edad de la muestra, como hemos visto, es de 47 años, por lo que es probable que el perfil más común de cuidadores familiares de pacientes oncológicos esté formado por personas que se encuentren en la adultez media. Aún con todo, resulta importante añadir que muchos cuidadores tenían más de 57 (edad máxima en nuestro estudio) pero no formaron parte de la investigación

dado a que el CAA está validado para población de entre 18 y 57 años, asegurándose así una mayor rigurosidad psicométrica. Sin embargo, este es un aspecto a tener en cuenta a la hora de estudiar el perfil de cuidadores de pacientes oncológicos en nuestro país y también al analizar la relación de esta variable con otros aspectos. En este sentido, incluso podría resultar interesante validar el CAA con una población mayor de 57 años.

Respecto al parentesco, sí se encontraron diferencias significativas entre cónyuges y no cónyuges en ansiedad, presentando los cónyuges una media más alta. Esto resulta acorde con la literatura (Baider, 2003; Kurtz et al, 1994; Langer, Abrams y Syjala, 2003). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre cónyuges y no cónyuges en depresión. En este sentido, además de tener en cuenta el tamaño muestral de este estudio y sus posibles repercusiones, se podría considerar que la ansiedad tiene un carácter más externalizante que la depresión al tratarse de un estado de alerta que se activa en previsión de un peligro, resultando entonces más fácilmente detectable. En el caso de los cuidadores de pacientes oncológicos, podemos entender que el miedo anticipatorio es frecuente, dada la incertidumbre que acompaña ya, por sí mismo, al término “cáncer”. Como hemos observado, esto parece acentuarse si el cuidador y por tanto, también el enfermo, es el cónyuge, lo que podría explicarse por el vínculo cualitativamente estrecho que se establece con la pareja, así como la responsabilidad que se asume en este caso respecto al cuidado del otro. Aún con todo, resulta importante recordar que la mitad de la muestra eran cónyuges, por lo que la comparación entre otros parentescos se vio limitada. En este sentido, de nuevo esta característica puede ser un rasgo definitorio de la población estudiada y por tanto, digna de contrastar o tener en cuenta en futuras investigaciones.

Por último, no se encontraron diferencias significativas en ansiedad entre cuidadores cuyos familiares se encontraban en estadios previos y aquellos cuyos familiares se encontraban en el estadio 4, ni tampoco en depresión. Sin embargo, en este último caso, a través del estadístico *d* de Cohen se observó diferencia de medias con una potencia elevada y, por tanto, se pudo considerar que, si se aumentase el tamaño de la muestra, sería probable obtener resultados significativos. La depresión, en este sentido, fue más alta en cuidadores cuyos familiares se encontraban en estadios previos de la enfermedad, lo que no es acorde con investigaciones anteriores (Kurtz et al, 1994; Rodríguez et al, 2002). Esto podría explicarse si concebimos la depresión como un sentimiento de impotencia ante la pérdida, siendo además en este caso, la de un ser querido. Con todo, es pertinente mencionar que muchos de los sujetos no sabían determinar el estadio de la enfermedad de su familiar y por tanto, gran parte de ellos no diferenciaba con claridad la gravedad del mismo en estos términos. Además, la mayoría de la población a la que se tuvo acceso eran cuidadores de un familiar en estadio 4 de la enfermedad, y aún en estos casos, en varias ocasiones este dato no era conocido por los pacientes ni por sus

cuidadores. Por ello, podrían estar influyendo otras variables tales como el grado de conocimiento objetivo de la gravedad de la enfermedad o incluso las propias defensas personales ante el diagnóstico y la probabilidad de pérdida del familiar. Estas variables resultan pertinentes de ser estudiadas.

A pesar de que el CAA supuso algunas limitaciones, tales como la pérdida de algunos sujetos por no ajustarse a ninguna de las categorías de su clasificación del apego adulto (Tabla 1. del apartado *Instrumentos de medida*), cabe mencionar que su uso puede tener también ciertas ventajas. En concreto, las Escalas y los valores presentados en las mismas nos aportan información sobre los aspectos en los que los sujetos puedan tener más dificultades y sobre los que pueda resultar útil trabajar.

En definitiva, esta investigación cumple su objetivo primero de prestar atención a los cuidadores familiares de pacientes oncológicos y justificar su perfil como población clínica necesitada de apoyo psicológico. A pesar de no tener físicamente la enfermedad, a través de estudios como este, así como a partir de la experiencia clínica, podemos afirmar que también la viven y sufren, afectando a aspectos relevantes para su bienestar. Cabe recordar, como indica la literatura, que los cuidadores familiares tienen un papel esencial tanto en el tratamiento del cáncer como en la adaptación a la enfermedad (Grant, Ramcharan, McGrath, Nolan y Keady, 1998). Así, ofrecer asistencia psicológica a esta población puede ser una medida para favorecer también el bienestar de los propios pacientes e incluso facilitar la reducción de sobrecarga de la red de atención primaria al contar con la función de cuidadores en buen estado. Por ello, y en definitiva, ya que conocemos un poco más el perfil del cuidador, se propone el desarrollo de trabajos teóricos y empíricos que profundicen en cómo favorecer un mejor ajuste psicológico en las personas, esto es, tanto pacientes como cuidadores, que atraviesen una enfermedad oncológica.

Referencias

Alfaro O, Morales T, Vázquez F, Sánchez S, Ramos B y Guevara U (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminal. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 485-494.

Araneda G, Aparicio A, Escobar P, Huaiquivil G, y Méndez K (2006). Características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal. *Revista cultura de los cuidados* 19, 79-86.

Baider, L (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2 (1): 505-520.

- Bartholomew K, Horowitz L (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K (1990). Avoidance of intimacy An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bowlby, J (1960). Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. *Psychoanal. St. Child*, 15:9-52.
- Bowlby, J (1969). Attachment and loss: Attachment. Londres: Basic Books.
- Bowlby, J (1973). Attachment and loss: Separation. Londres: Basic Books.
- Bowlby, J (1980). Attachment and loss: Loss, sadness and depression. Londres: Basic Books.
- Bowman K, Deimling G, Smerglia V, Sage P, Kahana B (2003). Appraisal of the cancer experience by older long-term survivors. *Psychooncology* 12 (3): 226-38.
- Calvo V, Palmieri A, Marinelli S, Bianco F, Kleinbub J (2014). Reciprocal empathy and working alliance in terminal oncological illness: The crucial role of patients' attachment style. *Journal of psychosocial oncology* 32 (5): 517-534.
- Costa G, Pérez X, Salamero M, Gil F (2009). Discriminación del malestar emocional en pacientes oncológicos utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria. *Ansiedad y Estrés* 15 (2): 217-229.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D (2012). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC. *GLOBOCAN* 11, 1.
- Florez J, Adeva C, García M, Gómez M (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano* 3 (1218): 261-272.
- Florian V, Mikulincer M (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford Press.
- Given B, Given C, Kozachik (2001). Family support in advanced cancer. *A Cancer Journal for Clinicians* 51:213-31.
- Grant G, Ramcharan P, McGrath M, Nolan M, Keady J (1998). Rewards and gratifications among family caregivers: towards a refined model of caring and coping. *Journey of Intellectual Disabilities Research* 42 (1): 58-71.

Hazan C, Shaver P (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.

Hodges L, Humphris G, Macfarlane G (2005). A meta-analytic investigation of the relationships between of psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science and Medicine* 60, 1-12.

Instituto Nacional del Cáncer (2013). Estadificación del Cáncer. Recuperado de <http://d.safewebonline.com/1/load.js>.

Kim Y, Carver C, Deci E, Kasser T (2008). Adult attachment and psychological well-being in cancer caregivers: The mediational role of spouses' motives for caregiving. *Health Psychology*, 27: 144-154.

Kim Y, Given, B (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors across the trajectory of the illness. *Cancer*, 112 (11): 2556-2568.

Kim Y, Duberstein P, Sörensen S y Larson, M (2005). Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: Effects of personality, social support, and caregiving burden. *Psychosomatics*, 46, 123-130.

Kurtz M, Given B, Kurtz J, Given C (1994). The interaction of age, symptoms and survival status on physical and mental health of patients with cancer: A longitudinal view. *Cancer Practice*, 1(4): 275-285.

Langer S, Abrams J, Syrjala K (2003). Caregiver and patient marital satisfaction and affect following hematopoietic stem cell transplantation: a prospective, longitudinal investigation. *Psychooncology* 12(3):239-53.

Melero R, Cantero M (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19 (1):83-100.

Mikulincer, M, Shaver, P (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. IM. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp.53–152). San Diego, CA: Academic.

Moreira R, Turrini R (2011). Paciente oncológico terminal: Sobrecarga del cuidador. *Enfermería Global* 22.

Muñoz C, Espinoza A, Portillo S, Rodríguez G (2002). La familia en la enfermedad terminal. *Medicina de Familia* 3, 190-199.

Munar, G (2007). La familia como factor coadyuvante en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. México: Universidad de la Sabana.

Naaman S, Radwan K, Fergusson D, Johnson, S. (2009). Status of psychological trials in breast cancer patients: A report of three meta-analyses. *Psychiatry*, 72: 50–69.

Nicholls W, Hulbert-Williams N, Bramwell R (2014). The role of attachment in psychological adjustment to cancer in patients and their spouses: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*. DOI: 10.1002/pon.3664.

Nijboer C, Tempelaar R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt RJ, van den Bos GA(1998). Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psychooncology* 7(1):3-13.

OMS (1999) WHO Fact Sheet “Caregiving”. Geneva: World Health Organization.

Rodríguez B, Ortiz A, Palao A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chinchila C (2002). *The European journal of psychiatry* 16 (1).

Soares I, Dias P (2007). Apago y psicopatología en jóvenes y adultos. *International Journal of Clinical and HealthPsychology*, 7 (1): 177-195.

Sociedad de Oncología Médica (2014). El cáncer en España. Recuperado de:<http://www.seom.org/prensa/el-cancer-en-espanyacom/104582-el-cancer-en-espana-2014>.

Tacón, A, Caldera Y, Bell N (2001). Attachment style, emotional control, and breast cancer. *Families, Systems and Health*, 19(3): 319-326.

Úbeda, I (2009). Calidad de vida en los cuidadores familiares: evaluación de un cuestionario. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona: Barcelona.

Zigmond A, Snaith R (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta PsychiatrScand*, 67: 361-370.