

La pareja con cáncer: ¿de qué manera el estilo de apego afecta la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación?

The cancer couple: How does attachment style affect loneliness, subjective well-being, and satisfaction with relationship?

Yanitza Nicole Flórez-Rodríguez¹ y Rozzana Sánchez-Aragón²

Universidad de Nariño¹
Universidad Nacional Autónoma de México²

Autor para correspondencia: Rozzana Sánchez Aragón, rozzara@unam.mx.

RESUMEN

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo; en el caso de México, es la tercera enfermedad causante de muertes. Al ser una enfermedad que carece de una cura definitiva, las consecuencias que trae en la vida de los pacientes son irreversibles y difíciles de sobrellevar. En el mismo sentido, sus parejas se ven seriamente afectadas por la enfermedad y por el rol que deben asumir como cuidadores. Así, resultó fundamental en el presente estudio integrar variables poco estudiadas en las personas con cáncer y sus parejas. Por ello, los objetivos de la presente investigación fueron los de explorar las diferencias entre personas con cáncer y sus cuidadores respecto a las variables de apego, soledad, bienestar subjetivo y salud marital, e identificar la relación entre el tipo de apego con la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción marital en los enfermos y sus cuidadores por separado. Para ello, se empleó una muestra de 195 parejas, residentes en la Ciudad de México, cuyas edades oscilaban entre 18 a 79 años. Los resultados indican que son las personas con cáncer las que más afectaciones presentan en la percepción de soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con su relación. Asimismo, se encontraron asociaciones robustas entre los participantes con apego seguro y el acompañamiento que recibían por parte de su pareja, familia y amigos, tanto en las personas con cáncer como en sus cuidadores.

Palabras clave: Apego; Soledad; Bienestar subjetivo; Satisfacción marital; Cáncer.

ABSTRACT

Cancer is one of the main public health problems that occur worldwide and in the case of Mexico, it is the third disease that causes deaths. This being a disease that lacks a definitive cure, the consequences it brings in the patient's life are irreversible and difficult to cope with. In the same sense, the couple is impacted by the disease and the role they must assume as caregiver. Thus, it was essential in this research to integrate little-studied variables in people with cancer and their partners. Therefore, the objectives of this research were: (1) To explore the differences between people with cancer and their caregivers regarding the variables of attachment, loneliness, subjective well-being and marital health and (2) Identify the relationship between the type of attachment with loneliness, subjective well-being and marital satisfaction in people with cancer and their

¹ Calle Chichimecas 373, Col. Ajusco, Ciudad de México, México; correo: nicole.florez.r@gmail.com.

² Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México; correo: rozzara@unam.mx.



caregivers, separately. All this in a sample of 195 couples from Mexico City, whose ages ranged from 18 to 79 years. The results indicate that it is people with cancer who have the most effects on the perception of loneliness, subjective well-being and satisfaction with their relationship. Likewise, strong associations were found especially between participants with secure attachment and the support they received from their partner, family and friends, both in people with cancer and their caregivers.

Key words: Attachment; Loneliness; Subjective well-being; Marital satisfaction; Cancer.

En el año 2015, el cáncer se convirtió en la segunda causa de muerte en el mundo al ocasionar 8,8 millones de defunciones, de manera que casi una de cada seis muertes se debe a esta enfermedad. Cerca de 70% de las muertes se registran en países de ingresos medios y bajos, como es el caso de México (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; Rodríguez, Martínez, Cruz y Cómbita, 2014).

El cáncer es un padecimiento en que se produce el crecimiento y diseminación incontrolada de células en todo el cuerpo, generando así tumores que suelen invadir los tejidos circundantes y provocar metástasis en puntos distantes del organismo (Barrios y Garau, 2017).

Existen más de cien clases de cáncer, pero los que causan un mayor número de fallecimientos son el pulmonar (1,69 millones de defunciones), el hepático (788 mil), el colorrectal (774 mil), el gástrico (754 mil) y el mamario (571 mil) (Pisani, Bray y Parkin, 2002). Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes, como el humo de tabaco, la mala alimentación o el sedentarismo, entre muchos otros. Además, un porcentaje importante de dichos cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana (De la Garza y Juárez, 2014; OMS, 2018).

No obstante, aunque haya herramientas para prevenirlo y tratamientos para curarlo, la enfermedad imposibilita física y psicológicamente a los individuos que la sufren al transformar drásticamente sus rutinas, alterar sus planes futuros, el significado sobre sí mismos y los demás, e inclu-

so su sentido de la vida (Andrykowski, Lykins y Floyd, 2008). Algunas de las consecuencias más comunes son los sentimientos de miedo, enojo, incertidumbre, ansiedad y depresión (Stark *et al.*, 2002); cambios físicos como fatiga, variaciones en el peso corporal, erupciones cutáneas, dolores persistentes en diferentes órganos, fiebres, sangrados, dificultad para respirar e indigestión, síntomas que pueden variar considerablemente según la parte del cuerpo afectada (Toral, 2002).

De igual manera, las personas cercanas al paciente, como su pareja, también llegan a ser profundamente afectadas en su funcionamiento psicológico, instrumental y social, puesto que el acompañamiento y el cuidado que otorgan a la persona enferma constituye un desafío y tiene un efecto profundo en su calidad de vida, y en muchos casos, en la estructura y la dinámica del núcleo familiar (Baider, 2003). De hecho, durante el largo trayecto de la enfermedad muchas familias atraviesan por ciclos repetitivos de enojo, desamparo, esperanza, frustración, desconcierto, falta de control y readaptación (Bloom, Stewart, Johnston, Banks y Fobair, 2001).

Sin embargo, todos los sentimientos negativos experimentados por el paciente y su pareja serán sobrellevados según la manera en que hayan configurado su relación, pero también de acuerdo a los lazos emocionales y los vínculos afectivos que hayan desarrollado desde su infancia, puesto que —como lo afirma la teoría del apego de Bowlby (1973)—, los bebés aprenden a partir de las experiencias tempranas con su cuidador primario, quien debe satisfacer sus necesidades básicas y dotarlo de seguridad y protección, lo que establece uno de tres estilos de apego, a saber:

- *Seguro*: El cuidador principal reconoce las necesidades del infante y las satisface de una manera cálida y afectuosa cada vez que aquel lo necesite, lo que favorecerá el desarrollo de sus capacidades y su autonomía y disminuirá su malestar (Barroso, 2014). El estilo seguro, pues, se caracteriza por comodidad e independencia y escasa ansiedad, evitación y búsqueda de apoyo, (Garrido, 2006).

- *Ansioso/ambivalente*: El cuidador suele ser inconsistente en los cuidados del bebé, al que le presta poca atención y en ocasiones lo ignora. Además, la falta de disposición para satisfacer las necesidades del niño –incluso durante largos periodos– genera una fuerte angustia o hipersensibilidad en este (Gómez, Ortiz y Gómez, 2011).
- *Rechazante*: El cuidador muestra conductas de hostilidad y distanciamiento ante las demandas de atención y el cuidado del bebé. Suele mostrar cierta aversión al contacto, lo que va creando en el bebé cierta autosuficiencia y distanciamiento emocional (Gómez *et al.*, 2011), convirtiéndolo en un adulto que restringe o inhibe su deseo de reconocer y expresar sus emociones (Barroso, 2014).

A partir de lo señalado, los primeros vínculos afectivos son de crucial importancia para la vida del ser humano en virtud de que son los que determinarán la manera de entablar relaciones con otros significativos en el futuro (Retana y Sánchez-Aragón, 2020). Es frecuente que la pareja se convierta en la figura principal del apego y se le transfieran las cuatro funciones del sistema de apego: el deseo de proximidad y contacto, la resistencia a la separación, la seguridad y los sentimientos de bienestar emocional en presencia del otro (Molero, Sospedra, Sabater y Plá, 2011).

Por tanto, si la diada no logra cumplir con dichas funciones, uno o ambos miembros de la relación pueden llegar a experimentar la soledad y el desamparo, más aún cuando alguno de los dos atraviesa por una enfermedad como el cáncer, que hace que se transformen los roles previamente establecidos, las actividades compartidas o el tiempo dedicado a la pareja, entre otros aspectos (Moreno, Lara y Alvarado, 2014). De igual manera, los cuidadores primarios pueden verse seriamente afectados ya que la pareja atraviesa un proceso difícil, por lo que debe adaptarse a los cambios y desafíos que entraña el padecimiento, descuidando la relación y aumentando la soledad (Stefani, Seidmann, Pano, Acrich y Bail, 2003). Estos intensos sentimientos de soledad pueden surgir como consecuencia de no recibir muestras ade-

cuadas de afecto ni de apoyo social entre ambas partes.

Es así que, según las necesidades insatisfechas de la diada, puede desembocarse en la soledad, definida esta última como la percepción y la experiencia subjetiva que es producto de la escasez de relaciones sociales gratificantes y de los bajos niveles de contacto social, que no necesariamente se relaciona con la cantidad de personas con las que se convive, sino con el grado de satisfacción que dichas relaciones aportan (Peplau y Perlman, 1982). A partir de esto, puede haber dos clases de soledad: la primera, de tipo emocional, es causada por la falta de vínculos afectivos cercanos con otras personas; la segunda, denominada social, se experimenta por la falta de una red de personas con la que se comparten intereses y actividades (Pakdaman, Saadat, Shahyad, Ahmadi y Hosseinalhashemi, 2016).

Diversos autores han relacionado al apego con la soledad (Bernardon, Babb, Hakim-Larson y Gragg, 2011; Erozkán, 2011; Pakdaman *et al.*, 2016), encontrando, por ejemplo, que las personas con un estilo de apego ansioso/ambivalente se consideran a sí mismas como incomprendidas, carentes de confianza y preocupadas por el hecho de que otros las abandonen o no las aprecien realmente, lo que aumenta la insatisfacción con la calidad de sus relaciones interpersonales (Mikulincer y Shaver, 2014); aquellas con un estilo de apego seguro muestran una relación negativa con la soledad, puesto que logran formar relaciones íntimas satisfactorias y seguras, y las que muestran un estilo de apego rechazante se caracterizan por ser frías y mantienen su distancia emocional e íntima con otros, por lo que dicho estilo se asocia de forma positiva con la soledad (DiTommaso, Brannen-McNulty, Ross y Burgess, 2003).

El apego configurado a lo largo de los años puede alterar ciertos aspectos individuales, como el bienestar subjetivo, y otros relacionales, como la satisfacción marital, debido a que los niveles de seguridad y las estrategias para explorar y lidiar con el mundo físico y social aumentan o disminuyen según el tipo de apego que se tenga, lo que permite al individuo disponer de diferentes herramientas, aprendizajes y esquemas para relacionarse con sus otros cercanos (Moneta, 2014).

En el caso del bienestar subjetivo, se ha visto que las personas con un estilo de apego seguro ven la vida de una manera más favorable, tienen una imagen positiva de sí mismas y de los demás. Además, se sienten cómodas con sus relaciones íntimas y con el apoyo brindado por los demás (Pakdaman *et al.*, 2016), a diferencia de las personas ansiosas/ambivalentes, quienes se sienten inseguras, solas y poco comprendidas por los demás, lo que genera en ellas un mayor malestar. Por último, las personas con un tipo de apego rechazante suelen ser más frías, inflexibles y reservados, lo que les genera más dificultades al momento de conectar con sus emociones, impidiéndose sentir las y expresarlas, disminuyendo así su bienestar subjetivo (Yárnoz-Yaben, 2010).

En cuanto a la satisfacción con la relación, se ha visto que en el apego seguro las parejas se identifican como más felices, cariñosas y prósperas, sin importar los inconvenientes o conflictos que hayan tenido en el camino. Además, son esas mismas personas las que se comprometen en relaciones de más larga duración, con niveles más elevados de satisfacción y confianza (Guzmán y Contreras, 2012). En contraste, las personas con mayor ansiedad en el apego son más susceptibles de experimentar celos, obsesión o atracción sexual extrema por su pareja, lo que les genera problemas en la interacción. Por último, las personas con apego rechazante disfrutaban menos sus relaciones con una pareja debido a que se encuentran constantemente preocupadas por la cercanía que han logrado, por lo que sus sentimientos pueden estar en entredicho si confían demasiado en aquella (Lucariello y Fajardo, 2010). Acorde con esto, Alexander, Feeney, Hohaus y Noller (2001) apuntan que las personas con tal estilo son más propensas a resistirse al compromiso y a los sentimientos de enamoramiento, y tienen escasos ideales y expectativas sobre el amor. A su vez, las personas con una alta ansiedad tienden a mostrar una preocupación obsesiva y una gran dependencia emocional hacia la pareja.

Cabe señalar que todas estas emociones se verán intensificadas cuando el contexto es una relación de pareja en la que uno de los miembros sufre una enfermedad crónico-degenerativa difi-

cil de sobrellevar, dado que, como se ha referido que ocurre con el cáncer, los comportamientos que los pacientes desarrollan para llegar a aceptar la enfermedad y tener una buena calidad de vida dependen en buena parte de un entorno sano de pareja y de familia que apoyan y mantienen un adecuado equilibrio (González y Cruzado, 2020). A su vez, la afección no solamente actúa sobre el paciente sino también sobre su pareja, lo que significa un reto que amenaza su calidad de vida y su bienestar, en cuanto que la última debe lidiar con las actividades propias y con las de la persona enferma, asumiendo la responsabilidad por completo, lo que genera experiencias emocionales negativas, como inseguridad sobre el futuro de ambos (Llantá, Hernández y Martínez, 2015).

Así, los objetivos de la presente investigación fueron explorar las diferencias entre personas con cáncer y sus parejas (cuidadores) respecto a su estilo de apego, experiencia de soledad, bienestar subjetivo y satisfacción con la relación, e identificar la relación entre el tipo de apego y la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción marital en ambos por separado.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) de 388 participantes (195 hombres y 195 mujeres), de los cuales 53 eran hombres enfermos con parejas sanas, y 141 mujeres enfermas con parejas sanas. En el caso de las personas enfermas, su tiempo de diagnóstico iba de 1 mes a 44 años. Todos los participantes eran residentes de la Ciudad de México, y sus edades oscilaban entre 18 y 78 años ($M = 48.62$, $D.E. = 10.42$). En cuanto a la escolaridad, 90 participantes tenían estudios de secundaria, 123 de preparatoria y 175 de licenciatura. Respecto al tiempo de vivir con sus parejas, este iba de 8 meses a 53 años ($M = 21$ años, $D.E. = 11$ años), y su estado civil reportado fue de 24% en unión libre y de 76% casados.

Instrumentos

Escala de Apego Adulto

(Márquez, Rivera-Aragón y Reyes, 2009).

Evalúa el estilo de apego que tiene la persona hacia su pareja. En su versión corta consta de 21 reactivos que se valoran en un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indica los n grados de acuerdo con las afirmaciones (de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmente de acuerdo”), divididos en tres factores que explican 55.49% de la varianza: 1) Rechazante ($\alpha = .88$), con ítems como “Me incómoda que mi pareja procure mucha cercanía” y “Me incomoda la cercanía con mi pareja”; 2) Ansioso/ambivalente ($\alpha = .86$), con reactivos como “Me preocupa que mi pareja no se interese tanto en mí como yo en ella” y “Frecuentemente deseo que mi pareja me quisiera tanto como yo a ella” y 3) Seguro ($\alpha = .81$) con ítems como “Confío en que mi pareja me ama tanto como yo la amo a ella” y “Me siento bien compartiendo mis sentimientos y pensamientos con mi pareja”.

Escala de Soledad (DiTomasso y Spinner, 1992).

Validada por Granillo y Sánchez-Aragón (2020), evalúa la experiencia subjetiva de displacer, estrés y dolor a causa de las deficiencias percibidas en las interacciones socioafectivas o la falta de intimidad interpersonal (Peplau y Perlman, 1982). Consta de 31 reactivos distribuidos en los cinco factores que se describen adelante, reactivos que se responden en una escala Likert de cinco puntos según el grado de acuerdo con las afirmaciones: de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmente de acuerdo”. Los factores se denominan 1) Acompañamiento de la pareja ($\alpha = .88$) con ítems como “Tengo una pareja romántica con quien comparto mis más íntimos pensamientos y sentimientos” y “Tengo una pareja romántica a cuya felicidad contribuyo”; 2) Acompañamiento de los amigos ($\alpha = .86$), con reactivos como “Me siento parte de un grupo de amigos” y “Mis amigos entienden mis motivos y mi razonamiento”; 3) Acompañamiento de la familia ($\alpha = .70$), con ítems como “Realmente pertenezco a mi familia” y “Mi familia realmente se preocupa por mí”; 4) Sentimientos de vacío ($\alpha = .83$), con reactivos como “Lo que realmente es importante para mí no parece importante para las

personas que conozco” y “No tengo un amigo(a) que me entienda, pero me gustaría tenerlo(a)”, y 5) Añoranza ($\alpha = .68$), con reactivos como “Me encuentro deseando a alguien con quien compartir mi vida” y “Me encuentro deseando con quien compartir mi vida”. Tales factores explican 52.05% de la varianza y tienen un coeficiente alfa de Cronbach total de .744.

Escala de Bienestar Subjetivo (Diener *et al.*, 2009).

Adaptada y validada en México por Granillo, Zepe-da y Sánchez-Aragón (En proceso de evaluación), consta de tres subescalas con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones: 1) Experiencia positiva y negativa, compuesta por once reactivos que se distribuyen en dos factores que explican 58.987% de la varianza: Experiencia positiva ($\alpha = .852$), con ejemplos de reactivos como “Felicidad” o “Contento”, y Experiencia negativa ($\alpha = .814$), con reactivos como “Displacer” o “Negativo”; en este caso, las opciones de respuesta se basan en su frecuencia; 2) Prosperidad, integrada por ocho reactivos que explican 58.127% de la varianza. Con un coeficiente alfa total de .893, contiene reactivos como “Tengo una vida útil y significativa” y “Mis relaciones sociales son de apoyo y gratificantes”; y 3) Satisfacción con la vida, compuesta por cinco reactivos que explican 63.787% de la varianza. Con un coeficiente alfa total de .846, algunos ítems son “Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes” y “Estoy satisfecho(a) con mi vida”. En estas últimas dos subescalas las opciones de respuesta se evalúan por el grado de acuerdo.

Indicadores de Satisfacción con la Relación (Sánchez-Aragón y Calleja, 2021).

Dichos indicadores están basados en escalas aplicadas anteriormente en México y en el extranjero (Arias-Galicia, 2003; Pick y Andrade, 1988; Schumm, Nichols, Schectman y Grigsby, 1983), las cuales miden los tópicos más comúnmente explorados y que se retoman en los presentes indicadores de satisfacción. Consta de siete reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indican grados de satisfacción: de 1, “Nada satisfecho”, a 5, “Muy satisfecho”, con reactivos como “Mi relación”, “La atención que re-

cibo de mi pareja”, “El respeto que me brinda mi pareja”, “Las actividades que comparto con mi pareja” y “El cariño que recibo de mi pareja”, “La frecuencia con la que se tiene las relaciones sexuales” y “La calidad de las relaciones sexuales”. Al ser únicamente reactivos individuales en la evaluación de la satisfacción, no se reportan análisis de validez y confiabilidad.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados por estudiantes de Psicología que acudieron a albergues, clínicas y hospitales en los que se pudiesen encontrar personas que cumplieran con los siguientes criterios: ser adulto, tener un diagnóstico de algún tipo de cáncer o tener una pareja diagnosticada con cáncer, vivir con ella desde al menos seis meses antes de la aplicación, y tener escolaridad mínima de secundaria, para que de manera voluntaria, anónima y confidencial contestaran los instrumentos, para lo cual se dieron a los participantes las instrucciones. Se dejó abierta la posibilidad de resolver sus dudas y de poner a su disposición los resultados.

Análisis de datos

Para responder a los objetivos planteados, primeramente se hizo una prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para elegir el tipo de análisis estadístico a utilizarse. Con base en los resultados, se llevó a cabo una prueba U de Mann-Whitney y una correlación de Spearman. Todo lo mencionado anteriormente se efectuó empleando el programa estadístico SPSS, versión 20.

Componente ético

La presente investigación cumple con el rigor ético para el ejercicio de la psicología y la investigación en seres humanos. De la misma forma, la participación de los sujetos se llevó a cabo de manera voluntaria y anónima, aclarándoles que la información suministrada sería utilizada únicamente con fines académicos, evitando en todo momento revelar su identidad para no producir prejuicios personales que pudieran afectar su integridad física, psicológica y social. Asimismo, los individuos no se encontraban en una situación de vulnerabilidad o desventaja al momento del estudio, por lo que podían retirarse o abandonar el estudio en el momento en que lo desearan.

RESULTADOS

Al realizar la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para elegir el tipo de estadística a emplearse (paramétrica o no paramétrica), los resultados mostraron que no había normalidad en los datos ($p < .001$), por lo que para cumplir con el primer objetivo, orientado a identificar las diferencias en apego, soledad, bienestar y satisfacción con la relación, dicha prueba mostró que fueron las personas con cáncer las que indicaron poseer en mayor medida un estilo de apego rechazante, pensar continuamente en la llegada de alguien nuevo en su vida que lograra llenar el vacío (añoranza), experimentar más emociones positivas y negativas, y una menor prosperidad y satisfacción con la vida que su pareja (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias entre pacientes y sus parejas en estilos de apego, soledad y bienestar subjetivo.

	Estilo	Paciente	Pareja	<i>z</i>	<i>p</i>
Apego	Rechazante	2.11	1.90	2.119	.044
Soledad	Añoranza	2.88	2.56	2.334	.019
Bienestar subjetivo	Emociones positivas	2.34	2.16	2.391	.017
	Emociones negativas	2.63	2.36	3.530	.000
	Prosperidad	3.91	4.15	2.135	.033
	Satisfacción con la vida	3.78	4.10	3.987	.000

Con relación al segundo objetivo, esto es, identificar por separado en qué medida el estilo de apego afecta los sentimientos de soledad, el bienestar

subjetivo y la satisfacción con la relación tanto en las personas con cáncer como en sus parejas, se halló que, en el caso de los pacientes oncológicos,

a más posesión de un estilo de apego rechazante experimentan un menor acompañamiento por parte de su pareja y por parte de su familia, y más necesidad de entablar una relación cercana y de buscar a alguien con quien compartir más momen-

tos valiosos (añoranza y sentimientos de vacío). Igualmente, las personas con este estilo de apego manifiestan más emociones negativas y positivas y menos satisfacción con la vida y prosperidad (Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones entre el tipo de apego con la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación en pacientes oncológicos (todos los coeficientes $**p = .001$).

		SOLEDAD					BIENESTAR SUBJETIVO				SATISFACCIÓN CON...		
		AP	AF	SVa	A	EP	EN	P	SVi	MR	AR	R	C
Apego	Rechazante	-.352	-.303	.267	.398	.379	.231	-.366	-.334				
	Ansioso/ambivalente		-.224	.278	.375			-.277	-.218				
	Seguro	.567	.278		-.265	.411		.317	.282	.222	.286	.241	.251

Abrev.: AP: Acompañamiento de pareja; AF: Acompañamiento de familia; SVa: Sentimiento de vacío; A: Añoranza; EP: Experiencia positiva; EN: Experiencia negativa; P: Prosperidad; SVi: Satisfacción con la vida; MR: Mi relación; AR: Atención que recibo; R: Respeto; C: Cariño.

A su vez, en la medida en que las personas poseen en mayor medida un apego ansioso/ambivalente, sienten que no pueden contar con su familia, por lo que tienen sentimientos de vacío y añoranza, pues además no se sienten satisfechas con sus relaciones interpersonales. Aunado a ello, conciben que a lo largo de su vida han logrado escasa prosperidad y pobre satisfacción.

Por último, en la medida en que las personas han desarrollado un estilo de apego más seguro, se sienten más acompañadas por su pareja y familia y experimentan menos añoranza para encontrar a alguien que los complemente, más emociones positivas, prosperidad, satisfacción con la vida y

con su relación en general, así como en aspectos tales como la atención, el cariño y el respeto que reciben por parte de su pareja (ver Tabla 2).

En cuanto a las parejas de los pacientes con cáncer que cumplen el rol de cuidadores, los resultados evidencian que los que tienen más un apego rechazante advierten un menor acompañamiento por parte de su pareja, amigos y familia y, por tanto, más sentimientos de vacío y añoranza. También son estas mismas personas las que experimentan menos emociones positivas, satisfacción de vida y prosperidad con lo que han logrado (Tabla 3).

Tabla 3. Correlaciones entre el estilo de apego con la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación en las parejas de los pacientes oncológicos (todos los coeficientes $**p = .001$).

		SOLEDAD					BIENESTAR SUBJETIVO				SATISFACCIÓN CON...		
		AP	AA	AF	SVa	A	EP	EN	P	SVi	MR	AR	C
Apego	Rechazante	-.448	-.283	-.462	.366	.340	-.375	.298	-.369	-.369			
	Ansioso/ ambivalente		-.250		.241			.233				-.238	
	Seguro	.503	.245	.245		-.334	.519	-.228	.457	.485	.318	.263	.260

Abrev.: AP: Acompañamiento de pareja; AA: Acompañamiento de amigos; AF: Acompañamiento de familia; SVa: Sensación de vacío; A: Añoranza; EP: Experiencia positiva; AN: Experiencia negativa; P: Prosperidad; SVi: Satisfacción con la vida; MR: Mi relación; AR: Atención recibida; C: Cariño.

Así, entre más empleen tales personas un estilo de apego ansioso/ambivalente, menos se apoyados y comprendidos se sentirán por sus amigos y más deseos tendrán de que haya alguien que los comprenda (sentimientos de vacío). A su vez, experi-

mentarán más emociones negativas y menos satisfacción por la atención que reciben por parte de su pareja.

Por último, cuando la persona muestra un apego seguro, más acompañada se sentirá por su pa-

reja, familia y amigos, y menos añoranza y necesidad de buscar otras relaciones tendrá. Igualmente, advertirá más emociones positivas, prosperidad y satisfacción con la vida y menos emociones negativas. Finalmente, se sentirá más satisfecha con su relación y con el cariño y la atención que le brinde su pareja (ver Tabla 3).

DISCUSIÓN

En lo que respecta al primer objetivo, orientado a identificar las diferencias en los estilos de apego, soledad, bienestar subjetivo y satisfacción con la relación, se encontró que las personas con cáncer evitan más la cercanía de su pareja y tienen más dificultades para expresar sus sentimientos debido a que puntúan más alto en el estilo de apego rechazante que sus parejas. Es de notarse que las medias para ambos miembros de la pareja se hallan por debajo de la media teórica, lo que indica que dicho estilo no predomina en ninguno de ellos; sin embargo, cuando predomina podría no solo afectar su historia de vida, pues es posible que el diagnóstico de la enfermedad produzca en la persona un sinnúmero de emociones y cogniciones negativas ante el tratamiento, los efectos secundarios del mismo, su calidad de vida y hasta su idea de la muerte (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiçeno, 2007). Tales emociones se pueden intensificar durante el transcurso de la enfermedad ya que afrontan la pérdida de su salud y todo lo relacionado con dicha afección, lo que hace que se aprecien impotentes y poco útiles y se vean como una carga y un obstáculo para que sus parejas alcancen sus objetivos individuales (Osamor y Grady, 2018), lo que puede ser evidente en esta disposición a evitar, alejarse y rechazar a su pareja.

De igual forma, tales pacientes se sienten solos, lo que se refleja en la espera continua de que alguien más llegue a su vida y llene su vacío emocional. Lo anterior se entiende mejor si se considera que el cáncer es una enfermedad que desestabiliza emocionalmente y genera sentimientos de soledad, angustia, desasosiego y vulnerabilidad en quien lo padece, lo que hace que aumente el deseo de tener el apoyo de otros (Piqueras, Ramos y Martínez, 2009). Autores como Drageset, Eide,

Dysvik, Furnes y Hauge (2015) señalan que tras el diagnóstico es frecuente que la persona comience a experimentar este sentimiento ya que, al evitar las actividades sociales debido a su deterioro físico y psicológico, sufre una mayor soledad social.

En cuanto al bienestar subjetivo, las personas con cáncer manifiestan más emociones positivas y negativas ya que, como se apuntó antes, afrontar una enfermedad crónico-degenerativa produce un desbordamiento de sentimientos que se traducen en una importante inestabilidad emocional, por la que trata de ver las cosas de manera positiva y encarar los acontecimientos, aunque su condición le produce intensas emociones que van del miedo al enojo y la desolación, las cuales repercuten en una baja calidad de vida, autocuidado, adherencia al tratamiento e incluso un peor pronóstico y supervivencia global (Ochoa y Casellas, 2017). Aunado a ello, muestra menos prosperidad y satisfacción con la vida ya que, en palabras de Heydarnejad, Dehkordi y Dehkordi (2011), el aumento de las emociones negativas, aunado a la percepción desfavorable de sus relaciones sociales, tiene un gran impacto en la evaluación de su calidad de vida y bienestar.

El segundo objetivo, consistente en identificar en qué medida el estilo de apego afecta los sentimientos de soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación tanto en las personas con cáncer como en sus parejas, los resultados muestran que cuando el estilo de apego predominante en las primeras es el rechazante, se sienten menos acompañados por parte de su pareja y de su familia debido a que suelen resistirse ante la proximidad como una medida de protección y autosuficiencia (Pinzón, 2004) por haber experimentado una falta de gratificación y una autopercepción negativa desde su infancia (Bowlby, 1973), así como sentimientos de soledad, toda vez que, como afirman Martínez, Kurian, Hawley y Jagsi (2015), el paciente evita sentirse vulnerable ante los demás y busca su independencia y autonomía, lo que hace que muchas veces rechace el apoyo de sus seres queridos y erija una barrera entre ambos, lo que puede tener consecuencias negativas para su propio cuidado y para mantenerse lo más saludablemente posible, pues las emociones negativas están relacionadas con la disminución de

la función inmunológica, lo que desemboca en un desequilibrio y en una mayor sintomatología psicosomática (Pietromonaco, Uchino y Schetter, 2013; Tacón, 2002). Además, se ha visto que este estilo de apego está inversamente relacionado con una menor asistencia a las consultas médicas, con un descuido de la persona y con sentimientos de angustia, desolación y estrés (Cicero, Lo Coco, Gulló y Lo Verso, 2009).

De igual forma, estas personas sienten la necesidad de encontrar una relación cercana y buscar a alguien con quien compartir más momentos valiosos. Justo por presentar características de un apego rechazante, se caracterizan por no lograr expresar sus emociones y mantener un distanciamiento con los otros al mostrar un aparente desinterés, lo que hace que muchas veces se sientan solas y poco acompañadas, lo que trae consigo una mayor necesidad de hallar una nueva relación, a pesar de que les sea difícil mantenerla por un largo tiempo (Retana y Sánchez-Aragón, 2020). Igualmente, estas personas experimentan más emociones negativas, menos positivas y una disminución de su satisfacción con la vida y la prosperidad, lo que puede ocurrir justo por su soledad y carga emocional al no lograr expresar lo que sienten de manera adecuada. Dichos autores expresan que muchas veces este tipo de apego está acompañado con un cambio negativo y persistente de las emociones, lo que hace que la persona evalúe su vida teniendo una idea errónea de que lo que tiene no es suficiente, lo que aumenta su sentimiento de vacío y la inhibición de sus emociones (Sirois, Millings y Hirsch, 2016; Tacón, 2002).

Las personas que sufren cáncer y poseen un tipo de apego ansioso/ambivalente consideran que no pertenecen a su familia y experimentan sentimientos de vacío y añoranza al no estar satisfechas con sus relaciones interpersonales. Asimismo, no se sienten satisfechas por lo que han logrado y desarrollado en su vida debido a que se caracterizan por no estar conformes con lo que tienen; como pacientes, pueden temer el abandono o el rechazo en sus relaciones interpersonales, teniendo como consecuencia elevadas emociones negativas y escasas positivas (Alonso, Fontanil y Ezama, 2016). Asimismo, al atravesar una enfermedad, tales personas pueden acrecentar los sentimientos de insatis-

facción e inseguridad ya que suponen frecuentemente que sus parejas pueden aburrirse y dejarlas, o bien no ser merecedoras de amor y atención, generando así hipersensibilidad y dependencia, características propias de dicho apego (Porter *et al.*, 2012).

Los resultados muestran que las personas seguras se sienten más acompañadas por su pareja y familia, puesto que este apego implica que pueden contar con sus seres queridos siempre que los necesiten, sin importar las circunstancias. Esto hace que no busquen continuamente nuevas personas con quienes construir un vínculo, en virtud de que tienen un fuerte círculo social en el cual hallar apoyo y cariño (Ognibene y Collins, 1998). Cabe destacar que el acompañamiento de los amigos no se correlacionó con dicho apego en razón de que, no obstante que este tipo de vínculo es de gran importancia en la vida del ser humano, en la dinámica de la salud y enfermedad las personas que más próximas se encuentran al enfermo son sus familiares y parejas. En este caso, los amigos suelen brindar apoyo a las personas enfermas, pero no fungen como el pilar fundamental en el proceso de bienestar y protección (Cardona, Zuleta, Londoño, Ramírez y Viveros, 2012).

Por otra parte, algunos autores apuntan que en una enfermedad como el cáncer el acompañamiento es de gran ayuda, pues proporciona al paciente herramientas para afrontar la adversidad y los malos momentos, aumentando a su vez su bienestar subjetivo, más aún cuando la fuente principal de apoyo es la pareja (Vangelisti, 2009). Estas mismas personas son las que más satisfechas se encuentran con su relación y con la atención, el cariño y el respeto que reciben de su pareja, pues muchas veces los retos que trae consigo el cáncer puede quebrantar la relación, si bien en otras ocasiones puede fortalecer el vínculo y forzar a la pareja a readaptarse al infortunio mediante diferentes estrategias, acrecentando así la afectividad, el cariño, la intimidad, la comunicación y demás (González y Cruzado, 2020).

En cuanto a las parejas de los pacientes que cumplen el rol de cuidadores, los resultados evidencian que, en la medida en que exhiben más un apego rechazante, sienten menos el acompañamiento de su pareja, familia y amigos, y tienen más

sentimientos de vacío y añoranza, ya que, como se dijo antes, los pacientes con este tipo de apego se caracterizan por tener una autopercepción negativa que los lleva a sentirse indignos del cariño, atención y gratificación por parte de otros; por consiguiente, se alejan de sus más cercanos y ratifican los sentimientos y emociones negativas que experimentan, creando con ello un círculo vicioso difícil de romper (Pakdaman *et al.*, 2016). Estos sentimientos de soledad también pueden deberse al rol de cuidador que cumplen, pues en muchas ocasiones las parejas de los pacientes se ven afectadas al distanciarse de las actividades que acostumbraban realizar, las cuales se ven superadas por las nuevas responsabilidades y tareas a las que debe hacerse cargo, y así también por el agotamiento físico y psicológico que surge de la convivencia y el cuidado de un enfermo crónico incurable (Ruiz y Nava, 2012). Lo anterior trae consigo un menor bienestar subjetivo en la persona, quien ve disminuidas su positividad, satisfacción y prosperidad ante la vida en razón de que evalúa lo que era antes y lo que es ahora por efecto de la enfermedad, lo que, aunado al rumbo que ha tomado su vida, le genera insatisfacción. Osorio, Chávez, Silva, Parrello e Iorio (2017) afirman que la idea de perder al ser amado, conjuntamente con la incapacidad para mejorar su situación y brindarle mejores condiciones, vulneran el bienestar del sujeto de manera considerable.

Cuando la persona tiene un apego ansioso/ambivalente, menos apoyada y comprendida por sus amigos se siente, y espera que aparezca otra persona en su vida. Esto resulta lógico cuando se piensa que aquellas personas en que predomina este estilo de apego continuamente buscan la aprobación y el cariño de los demás, pero que a su vez sienten inestabilidad en la gratificación que les proporciona su figura de apego; en consecuencia, no sienten ser tan valiosas, por lo que su percepción del acompañamiento de sus amigos resulta deficiente, ansiando siempre lograr la correspondencia y la reciprocidad en las relaciones que puedan establecer (Lucariello y Fajardo, 2010). Así, buscar nuevas personas les permite llenar sus fallencias e inseguridades en razón de que nunca se sienten satisfechos con lo que tienen (Gómez *et al.*, 2011). Asimismo, pueden sentirse completa-

mente solas en el cumplimiento de sus responsabilidades personales y familiares, lo que implica que pueden invertir menos tiempo en amistades, pero que al mismo tiempo desean contar y convivir con ellas como una medida para escapar de esta situación que no les es placentera ni agradable (Llantá *et al.*, 2015).

Lo anterior se complementa con el hecho de que, entre más se utilice este estilo de apego, más experiencias emocionales negativas se tienen y menos satisfacción por la atención que se recibe por parte de la pareja, lo que podría deberse a lo que señala Garaigordobil (2013) respecto a que las personas enfermas tienden a descuidar su relación romántica, puesto que su prioridad es recuperar su salud y su calidad de vida, colocando en segundo plano a su pareja, quien está evidentemente experimentando momentos de tristeza, malestar y frialdad, a la vez que reconociendo que no está en las prioridades de su pareja enferma; sin embargo, ello puede verse distorsionado por la dependencia emocional que caracteriza al estilo ansioso/ambivalente y la necesidad de atención y aprobación (Lastra, Umbo y Ramírez, 2017).

Por último, a entre más apego seguro se emplee, la pareja del paciente oncológico se sentirá más acompañada por este, así como por su familia y amigos, lo que le produce menos añoranza o necesidad de buscar otras relaciones puesto que los vínculos afectivos que tiene son sólidos y fuertes, por lo que actúan como un factor protector ante la posible soledad (Salazar y Castro, 2019). A su vez, experimenta más emociones positivas, prosperidad y satisfacción con la vida y menos emociones negativas ya que, como se ha encontrado en otros estudios, este tipo de apego se relaciona positivamente con confianza, autoestima, cercanía, felicidad, comprensión y apoyo recibido del objeto de apego (Alonso *et al.*, 2016; Guzmán y Contreras, 2012).

Por último, las parejas de los pacientes se hallan más satisfechas con su relación, con el cariño y la atención que reciben, pues a pesar de las cuestiones vinculadas a la enfermedad, una pareja segura sabe que cuenta con el otro y que posee las cualidades que le hacen posible ser su sostén en momentos en los que el paciente sufre (Tacón, 2012).

Es así como a partir de tales hallazgos se puede concluir que el tipo de apego configurado en la infancia y utilizado en la convivencia con la pareja influye en gran medida en la experiencia y evaluación de diferentes aspectos de la vida de la persona, como su satisfacción con las relaciones que percibe (amigos, familia y pareja), con su vida y con los aspectos más relevantes de su relación romántica. Aunado a esto, se encuentra que, en efecto, las personas que padecen cáncer son las que más se ven afectadas en su esfera emocional y en su bienestar subjetivo. Asimismo, el tipo de apego influye en la experiencia de una enfermedad—ya sea en el paciente o en su pareja—, siendo los estilos rechazante y ansioso/ambivalente los que más afectan la capacidad de los individuos para ser emocionalmente fuertes, sentirse acompañados en la vida y satisfechos consigo mismos, en tanto que el apego seguro se asocia positivamente tanto con el acompañamiento de la pareja

y la familia, como con las emociones positivas y el bienestar subjetivo relativo al yo y a su relación de pareja.

En futuras investigaciones se sugiere efectuar comparaciones con otras enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes o las cardiopatías.

De igual manera, el presente estudio permite hacer relevante la atención integral al paciente y su pareja desde la psicología social, de la salud, clínica y sistémica, pues resulta evidente el modo en que se ven afectadas sus emociones y la manera en la que evalúan su vida y su relación. Asimismo, se pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo más intervenciones que hagan posible mejorar las variables positivas en los niveles individual y relacional ya que, como se sabe, la pareja es un gran apoyo y una fuente de mejoría para el paciente.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto de investigación evaluado, avalado y financiado por la Dirección General de Apoyo al Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México (PAPIIT IN304919: “Factores protectores y de riesgo a la salud en parejas sanas y con enfermedades crónico-degenerativas”).

Citación: Flórez-Rodríguez, Y.N. y Sánchez-Aragón, R. (2021). La pareja con cáncer: ¿de qué manera el estilo de apego afecta la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación? *Psicología y Salud*, Número Especial, 31-43. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2726>.

REFERENCIAS

- Alexander, R., Feeney, J., Hohaus, L. y Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 8(2), 137-152. Doi: 10.1111/j.1475-6811.2001.tb00032.x.
- Alonso, Y., Fontanil, Y. y Ezama, E. (2016). Apego y bienestar en mujeres en proceso de tratamiento del cáncer de mama. *Anales de Psicología*, 32(1), 32-38. Doi: 10.6018/analesps.32.1.191961.
- Andrykowski, M., Lykins, E. y Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 193-201. Doi: 10.1016/j.soncn.2008.05.007.
- Arias-Galicia, L.F. (2003). La Escala de Satisfacción Marital: análisis de su confiabilidad y validez en una muestra de supervisores mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(1), 67-92.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 505-520.
- Barrios, E. y Garau, M. (2017). Epidemiología del cáncer en Uruguay y el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 4(1), 9-46.
- Barroso B., O. (2014). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(1), 1-25.
- Bernardon, S., Babb, K., Hakim-Larson, J. y Gragg, M. (2011). Loneliness, attachment, and the perception and use of social supporting university students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(1), 40-51. Doi: 10.1037/a0021199.

- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Johnston, M., Banks, P. y Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 53, 1513-1524. Doi: 10.1016/s0277-9536(00)00440-8.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Cardona P., D., Zuleta G., V., Londoño B., L., Ramírez N., L. y Viveros C., E. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 243-258.
- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S. y Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(10), 1045-1052. Doi: 10.1002/pon.1390.
- De la Garza S., J. y Juárez S., P. (2014). *El cáncer. Monterrey* (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim, C., Choi, D., Oishi, S. y Biswas, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39(1), 247-266. Doi: 10.1007/s11205-009-9493-y.
- DiTommaso, E., Brannen-McNulty, C., Ross, L. y Burgess, M. (2003). Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 303-312. Doi: 10.1016/S0191-8869(02)00190-3.
- DiTommaso, E. y Spinner, B. (1992). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134. Doi: 10.1016/0191-8869(93)90182-3.
- Drageset, J., Eide, G., Dysvik, E., Furnes, B. y Hauge, S. (2015). Loneliness, loss, and social support among cognitively intact older people with cancer, living in nursing homes – a mixed-methods study. *Clinical Interventions in Aging*, 10(1), 1529-1536. Doi: 10.2147/CIA.S88404.
- Erozkan, A. (2011). The attachment styles base of loneliness and depression. *International Journal of Psychology and Counseling*, 3(9), 186-193. Doi: 10.5897/IJPC11.032.
- Garaigordobil, M. (2013). Sexismo y apego inseguro en la relación de pareja. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(1), 53-60.
- Garrido R., L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20(2), 50-75.
- Gómez Z., J., Ortiz, M. y Gómez L., J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de Psicología*, 27(2), 447-456.
- González, N. y Cruzado, J. (2020). Eficacia de la terapia de pareja con pacientes con cáncer: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 17(1), 73-89.
- Granillo V., L.F. y Sánchez-Aragón, R. (2020). Evaluando la soledad en la pareja y su relación con el apego. *Revista Ciencia UAT*, 15(1), 48-62.
- Granillo V., A. Zepeda G., G. y Sánchez-Aragón, R. (En proceso de evaluación). Bienestar subjetivo: medición integral y validación en México. *Acta Colombiana de Psicología*.
- Guzmán, M. y Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhé*, 21(1), 69-82. Doi: 10.4067/S0718-22282012000100005.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill Educación.
- Heydarnejad, M., Dehkordi, H. y Dehkordi, S. (2011). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African Health Sciences*, 11(2), 266-270.
- Lastra S., H., Umbo Y., Y. y Ramirez V., C. (2017). Estilos de apego emocional y satisfacción marital en los padres de familia del distrito de Huachón de Pasco. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 2(1), 53-62.
- Llantá A, M., Hernández R., K. y Martínez O., Y. (2015). Calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(1), 97-106. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n1/rhcm14115.pdf>.
- Lucariello, E. y Fajardo, M. (2010). El apego en la satisfacción marital. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 99-110.
- Márquez D., F., Rivera-Aragón, R. y Reyes L., I. (2009). Desarrollo de una escala de estilos de apego adulto para la población mexicana. *Revista Interamericana de Psicología*, 28(2), 9-30.
- Martínez, K., Kurian, A., Hawley, S. y Jagsi, R. (2015). How can we best respect patient autonomy in breast cancer treatment decisions? *Breast Cancer Management*, 4(1), 53-64. Doi: 10.2217/bmt.14.47.
- Mikulincer, M. y Shaver, P.R. (2014). An attachment perspective on loneliness. En R. J. Coplan y J. C. Bowker (Eds.): *The handbook of solitude: Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone* (pp. 34-50). New York: Wiley-Blackwell.
- Molero M., R., Sospedra A., R., Sabater B., Y. y Plá M., L. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 511-520.

- Moneta M., E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3), 265-268.
- Moreno L., S., Lara M., F. y Alvarado A., S. (2014). Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 47-52.
- Ochoa A., C. y Casellas G., A. (2017). El cambio vital positivo tras un cáncer: ingredientes, claves para facilitarlos y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 1-11.
- Ognibene, T.C. y Collins, N.L. (1998). Adult attachment styles, perceived social support, and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3), 323-345. Doi: 10.1177/0265407598153002.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Osamor, P. y Grady, C. (2018). Autonomy and couples' joint decision-making in healthcare. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 1-8. Doi: 10.1186/s12910-017-0241-6.
- Orosio G., M., Chávez V., S., Silva S., G., Parrello, S. e Iorio, I. (2017). Parejas de pacientes con una enfermedad crónica. Estudio narrativo sobre la hemofilia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(2), 548-569.
- Pakdaman, S., Saadat, S., Shahyad, S., Ahmadi, K. y Hosseinialhashemi, M. (2016). The role of attachment styles and resilience on loneliness. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(9), 268-274.
- Peplau, L.A. y Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.): *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: Wiley.
- Pick, S. y Andrade, P. (1988). Desarrollo y validación de la Escala de Satisfacción Marital (ESM). *Psiquiatría*, 4(1), 9-20.
- Pietromonaco, P., Uchino, B. y Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, 32(5), 499-513. Doi: 10.1037/a0029349.
- Pinzón L., B. (2004). *Estilos de apego, soledad, dependencia interpersonal y valoración de la relación de pareja*. Tesis inédita de maestría. Puebla (México): Universidad de las Américas-Puebla.
- Piqueras R., J., Ramos L., V. y Martínez G., A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Pisani, P., Bray, F. y Parkin, D. (2002). Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *International Journal of Cancer*, 97(1), 72-81. Doi: 10.1002/ijc.1571.
- Porter, L.S., Keefe, F.J., Davis, D., Rumble, M., Scipio, C. y Garst, J. (2012). Attachment styles in patients with lung cancer and their spouses: associations with patient and spouse adjustment. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2459-2466. Doi: 10.1007/s00520-011-1367-6.
- Retana F., B. y Sánchez-Aragón, R. (2020). El peso del apego y de la cultura en las estrategias de rompimiento amoroso percibidas por los abandonados. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 53-65. Doi: 10.14718/ACP.2020.23.1.4.
- Ruiz R., A. y Nava G., M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169.
- Rodríguez, J., Martínez, L., Cruz, N. y Cómbita, A. (2014). Terapia génica para el tratamiento del cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 18(1), 27-40.
- Salazar V., M. y Castro G., M. (2019). Soledad y convivencia intergeneracional: resignificar el cuidado en el ciclo vital. *Reflexiones*, 98(2), 79-93. Doi: 10.15517/rr.v98i2.34152.
- Sánchez-Aragón, R. y Calleja, N. (2021). Adaptación y validación de la Escala de Satisfacción con el Apoyo recibido de la Pareja y diseño y validación de la Escala de Disposición a recibir Apoyo Social. *Revista Costarricense de Psicología*, 49(1), 37-59.
- Schumm, W., Nichols, C., Schectman, K. y Grigsby, C. (1983). Characteristics of responses to the Kansas Marital Satisfaction Scale by a sample of 84 married mothers. *Psychological Reports*, 53(1), 567-572. Doi: 10.2466/pr0.1983.53.2.567.
- Sirois, F., Millings, A. y Hirsch, J. (2016). Insecure attachment orientation and well-being in emerging adults: The roles of perceived social support and fatigue. *Personality and Individual Differences*, 101(1), 318-321. Doi: 10.1016/j.paid.2016.06.026.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A. y Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(14), 3137-3148. Doi: 10.1200/JCO.2002.08.549.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. y Bail, V. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(1), 55-65.
- Tacón, A. (2002). Attachment and cancer: A conceptual integration. *Integrative Cancer Therapies*, 1(4), 371-381. Doi: 10.1177/1534735402238188.
- Toral P., J. (2002). Complicaciones debidas al tratamiento oncológico que afectan a la nutrición. En C. Gómez C. y A. Sastre G. (Eds.): *Soporte nutricional en el paciente oncológico* (pp. 183-196). Madrid: You & Us, S.A.
- Vangelisti, A.L. (2009). Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 39-51. Doi: 10.1177/0265407509105520.
- Yáñez-Yaben, S. (2010). Bienestar psicológico en progenitores divorciados: estilo de apego, soledad percibida y preocupación por la expareja. *Clinica y Salud*, 21(1), 77-91.