

Original

Evaluación del apego en pacientes en cuidados paliativos: Propiedades psicométricas de la versión española de la Experiences in Close Relationships-Modified and Brief (ECR-M16)

Cruz Sánchez-Julvé^{1,2,3}, Silvia Viel Sirito^{2,3}, María José Gómez-Romero^{2,4}, Joaquín T. Limonero^{2,3}

¹Hospital Residència Sant Camil. Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf, Sant Pere de Ribes (Garraf, Barcelona).

²Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (Bellaterra, Barcelona).

³Grupo de Psicología Paliativa de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos. (Barcelona)

⁴Unidad de Psicología. Egarsat. Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 276. Barcelona.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de Enero de 2026

Aceptado el 23 de Marzo de 2026

Palabras clave:

Estilos de apego

Cáncer avanzado

Final de vida

Cuidados paliativos

Validación psicométrica

R E S U M E N

Antecedentes: Los estilos de apego inseguros se asocian con mayor malestar emocional, sufrimiento y angustia existencial en pacientes con cáncer y enfermedades avanzadas. En cuidados paliativos, el apego adquiere especial relevancia clínica, ya que influye en el afrontamiento de la enfermedad, la búsqueda y aceptación de apoyo, la dinámica familiar y la relación terapéutica. Su evaluación resulta clave para una atención integral y centrada en la persona. **Objetivo:** Adaptar y validar la versión española de la Experiences in Close Relationships-Modified (ECR-M16) en pacientes con cáncer avanzado en situación de final de vida, analizando su validez estructural, fiabilidad y validez de criterio. **Método:** Estudio transversal con 135 pacientes atendidos en la unidad de cuidados paliativos del Hospital-Residència Sant Camil (CSAPG), Barcelona. La escala fue traducida mediante procedimiento forward-backward. Se realizó análisis factorial confirmatorio para evaluar la estructura, se estimó la consistencia interna mediante α de Cronbach y ω de McDonald, y la estabilidad temporal con coeficiente de correlación intraclase en una submuestra reevaluada a la semana. La validez de criterio se examinó mediante correlaciones con malestar emocional, soledad existencial, resiliencia y funcionamiento familiar. **Resultados:** Se confirmó la estructura bifactorial (ansiedad y evitación) con ajuste adecuado ($\chi^2/df = 1.67$; CFI = .906; RMSEA = .073). La consistencia interna fue adecuada tanto para ansiedad (α y $\omega \approx .75-.75$) como para evitación (α y $\omega \approx .74-.75$) y la estabilidad temporal satisfactoria (ICC $\approx .73-.74$). La ansiedad y la evitación se asociaron positivamente con malestar y soledad; la evitación mostró correlaciones negativas con funcionamiento familiar y resiliencia. **Conclusión:** La versión española de la ECR-M16 presenta propiedades psicométricas adecuadas y constituye una herramienta breve, válida y fiable para evaluar el apego en cuidados paliativos.

Assessment of Attachment in Palliative Care Patients: Psychometric Properties of the Spanish Version of the Experiences in Close Relationships – Modified and Brief (ECR-M16)

A B S T R A C T

Keywords:

Attachment styles

Advanced cancer

End of life

Palliative care

Psychometric validation

Background: Insecure attachment styles have been associated with greater emotional distress, suffering, and existential anguish in patients with cancer and other advanced illnesses. In palliative care, attachment acquires clinical relevance, as it influences coping with illness, help-seeking and support acceptance, family caregiving dynamics, and therapeutic relationship. Therefore, its assessment is essential for delivering comprehensive, person-centered care. **Objective:** To adapt and validate the Spanish version of the Experiences

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joaquin.limonero@uab.cat (J. T. Limonero).

in Close Relationships–Modified (ECR-M16) in patients with advanced cancer at the end of life, examining its structural validity, reliability, and criterion validity. *Method:* A cross-sectional study was conducted with 135 patients receiving care in the palliative care unit of Hospital-Residència Sant Camil (CSAPG), Barcelona. The scale was translated using a forward–backward procedure. Structural validity was evaluated through confirmatory factor analysis; internal consistency was assessed using Cronbach's alpha and McDonald's omega; and test–retest reliability was estimated using the intraclass correlation coefficient in a subsample reassessed after one week. Criterion validity was examined through correlations with emotional distress, existential loneliness, resilience, and family functioning. *Results:* Confirmatory factor analysis supported the original two-factor structure (anxiety and avoidance), showing adequate fit ($\chi^2/df = 1.67$; CFI = .906; RMSEA = .073). Internal consistency was adequate for both anxiety (α and $\omega \approx .75-.75$) and avoidance (α and $\omega \approx .74-.75$), and temporal stability was satisfactory (ICC $\approx .73-.74$). Both anxiety and avoidance were positively associated with emotional distress and loneliness; avoidance was negatively correlated with family functioning and resilience. *Conclusion:* The Spanish version of the ECR-M16 demonstrates adequate psychometric properties and represents a brief, valid, and reliable instrument for assessing attachment in palliative care settings.

Introducción

La teoría del apego conceptualiza la tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con determinadas personas durante toda la vida (Bowlby, 1977). Este proceso, realizado durante la primera infancia, genera en la adultez representaciones cognitivo-afectivas de uno mismo y de los demás en los contextos relacionales que, a su vez, generan unas expectativas y emociones sobre las relaciones con los demás, basadas, en parte, a dichas experiencias pasadas.

Durante la adolescencia y adultez, estos aprendizajes van configurando los diferentes estilos de apego, que permanecerán, lo suficientemente estables a lo largo de la vida (Bowlby, 1977; Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2007) como para influir en la forma en que las personas se desenvuelven con sus vínculos cercanos (Collins & Read, 1990).

A partir de estas representaciones mentales, los seres humanos pueden regular la expresión emocional, interpretar pensamientos, sentimientos, conductas y comportamientos de los demás y de uno mismo. Son “mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno” (Marrone, 2001) que condicionan la forma en cómo la persona se relaciona e interacciona con los demás. Éstos tienen un impacto directo en las relaciones, cogniciones, afectos, comportamientos e interacciones sociales (Hazan & Shaver, 1987), así como en el desarrollo del auto-concepto, miedo o ansiedad y confort o seguridad que proporciona la proximidad de la figura de apego (Lafuente y Cantero, 2010; Yáñez-Yaben, 2008).

Dentro de la teoría del apego existe cierta controversia en cuanto a la clasificación del apego adulto dado que, al existir dos modelos de conceptualizarlo, también existen diferencias en la forma de evaluarlo. En la investigación sobre el apego adulto se dispone de dos tradiciones, la que proviene de la Psicología evolutiva y la que surge de la Psicología social y de la personalidad (Martínez, 2005; Maun-der & Hunter, 2012; Strauss & Brenk-Franz, 2016).

En la primera, el énfasis está puesto en analizar el estado mental respecto al apego a través de las interacciones parento-filiales, la infancia temprana y las experiencias de pérdida o separación. Por ello, para la medición del apego, la aproximación predominante consiste en realizar entrevistas que examinen cómo las experiencias tempranas moldean la forma en que la persona establece vínculos en su vida adulta (Main et al., 1985). La Entrevista de Apego en Adultos (Adult Attachment Interview [AAI]) de George (1996) es la herramienta más utilizada. Evalúa las representaciones actuales de los adultos basadas en sus vínculos de apego temprano y desde esta perspectiva, las diferencias en el apego suelen concebirse de manera categorial (Main, 1986) en los siguientes estilos de apego: seguro, inseguro-evitativo, inseguro-preocupado, e inseguro-desorganiza-

do (Maunder & Hunter, 2016) (Lafuente y Cantero, 2010; Yáñez-Yaben, 2008) o inclasificable (Marrone, 2001).

La segunda tradición, iniciada por Hazan y Shaver (1987) y perteneciente a la Psicología social y de la personalidad, identifican similitudes entre los vínculos tempranos y los establecidos en las relaciones de pareja, argumentando, que las vivencias de apego tempranas influyen en cómo los individuos forjan vínculos en la edad adulta y se mantienen bastante estables a lo largo de la vida. El énfasis de esta perspectiva está en los sentimientos, conductas y cogniciones en torno a las relaciones de pareja y relaciones cercanas en general. Esta tradición ha empleado prioritariamente cuestionarios de autorreporte para evaluar el apego, siendo la escala de Experiencias en Relaciones Cercanas (Experiences in Close Relationships [ECR]) (Brennan et al., 1998) la más usada.

Para los autores, las diferencias individuales en el apego se describen a partir de dos dimensiones: la ansiedad y evitación en el apego. La ansiedad en el apego alude a la preocupación excesiva por las relaciones y está caracterizada por temor al abandono, basándose en un modelo negativo de sí mismo. La evitación en el apego alude a la incomodidad con la cercanía y la intimidad, y se basa en un modelo negativo de los demás. Desde esta aproximación se prefiere la evaluación dimensional del apego adulto y articulando ambas dimensiones también se pueden identificar cuatro estilos de apego: seguro (baja ansiedad y baja evitación), preocupado (alta ansiedad y baja evitación), evitativo (baja ansiedad y alta evitación) y temeroso (alta ansiedad y alta evitación) (Bartholomew & Horowitz, 1991). Este segundo enfoque es el más utilizado en contexto de pérdida de la salud, enfermedad, cáncer y contexto paliativo (Bartholomew & Horowitz, 1991; Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Florian, 2000; Rodin et al., 2009; Rodin, Walsh, et al., 2007).

Una reciente revisión sistemática realizada sobre la aplicación de la teoría del apego al final de la vida (Sánchez-Julvé et al., 2025) postula que la identificación temprana de los patrones de apego podría permitir intervenciones personalizadas basadas en el apego en cuidados paliativos. Por lo que, es esencial ampliar el modelo paliativo y tener en cuenta las experiencias de apego de los pacientes y su familia y adaptar las intervenciones a sus necesidades, dificultades y demandas (Nicholls et al., 2014; Nissen, 2016; Rodin, Walsh, et al., 2007). En cualquier caso, utilicemos la clasificación que creamos conveniente, las investigaciones concluyen que el resultado es el mismo, las personas con apegos inseguros tienen dificultades para confiar y depender de los demás en momentos de necesidad, aspecto de especial relevancia en el contexto paliativo. Y, los factores subyacentes, la ansiedad y la evitación del apego, se han asociado empíricamente con un deterioro de la capacidad de afrontamiento en el cáncer avanzado (De Luca et al., 2017; Galindo Vázquez et al., 2015; Mikulincer & Florian, 2000; Nicholls et al., 2014; Philipp et al., 2017; Sánchez-Julvé et al., 2025; Schmidt et al., 2012; Strauss &

Brenk-Franz, 2016). Y, por el contrario, las personas con apego seguro disponen de más recursos para hacer frente al diagnóstico y al tratamiento del cáncer puesto que, van a poner en marcha sus recursos internos de regulación emocional ("proximidad a una figura de apego internalizada"), evaluarán las situaciones estresantes con mayor flexibilidad y resolverán los problemas de forma más activa utilizando si es necesario, su red social (Strauss & Brenk-Franz, 2016). También utilizan los estilos de afrontamiento más centrados en el problema, la reformulación positiva y la espiritualidad (Schmidt et al., 2012) y tienen mejores resultados en la capacidad de comunicarse con el personal médico y aceptar su ayuda (Nissen, 2016) regulando la percepción del apoyo emocional y social (Rodin, Walsh, et al., 2007).

Y es que, los pacientes con cáncer avanzado y sus cuidadores familiares principales, se espera que, ante la amenaza de muerte, pérdida y experiencia de sufrimiento y malestar frecuentemente generado, se ponga en marcha su sistema de apego, con la finalidad de calmar o contener un malestar que es frecuente. Se estima que, entre el 33 y el 50% de los pacientes con cáncer (Kissane et al., 1994, 1994b; 1996) y sus cuidadores cónyuges experimentan malestar emocional o deterioro funcional clínicamente relevantes a lo largo de la enfermedad (McLean & Nissim, 2007). Concretamente, los pacientes oncológicos presentan mayor riesgo de sufrir síntomas depresivos persistentes, entre el 16% (Breitbart et al., 2000) y un 29% en pacientes atendidos en Cuidados Paliativos (Ciaramella & Poli, 2001). También es frecuente la aparición de Deseo de Avanzar la Muerte (DAM), dificultad psicológica que se ha demostrado, está asociada con la angustia física, la sintomatología depresiva, la desesperanza, el escaso apoyo social y el deterioro del bienestar espiritual en pacientes con cáncer metastásico (Rodin, Zimmermann, et al., 2007).

Estos estudios concretamente, han demostrado la influencia del estilo de apego en pacientes y familiares que afrontan la experiencia de enfermedad avanzada postulando mayor sufrimiento existencial en los pacientes con estilos de apego inseguros (Hunter et al., 2006; Philipp et al., 2021), más síntomas depresivos, mayor malestar físico (Ramos et al., 2020), más ansiedad y desmoralización (Vehling et al., 2019) menor apoyo social percibido (Nissen, 2016; Philipp et al., 2017; Rodin, Walsh, et al., 2007; Xiaoyun & Fenglan, 2020) y mayor presencia de dolor y angustia (Ciechanowski et al., 2003) y mayores niveles de desesperanza y preocupación ansiosa (Cicerro et al., 2009). En la revisión sistemática recientemente realizada (Sánchez-Julvé et al., 2025) quedaba demostrado que los estilos de apego inseguro se asociaban con mayor malestar psicológico, sufrimiento existencial y una peor adaptación a la enfermedad avanzada. Proponía la teoría del apego como un valioso marco clínico para mejorar los resultados psicosociales tanto de los pacientes como de sus familiares cuidadores.

En este sentido, en un estudio con población alemana realizado con 162 pacientes (Scheffold et al., 2018) se observó que el 64% de ellos presentaban estilos de apego inseguro y que este factor, contribuyó a la predicción de depresión (10%) y ansiedad ante la muerte (14%). Por el contrario, se pudo afirmar que el apego seguro era un factor de protección individual para afrontar el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal (Hunter et al., 2006; Rodin & Zimmermann, 2008).

A la luz de lo expuesto, y por el creciente interés en la investigación generado sobre este tema en la última década en torno al apego en contextos clínicos, se considera que la identificación de los estilos de apego nos permite ofrecer un apoyo más sensible, personalizado y eficaz en la atención a pacientes con enfermedad avanzada y sus familiares atendidos en cuidados paliativos. Para integrar este enfoque en la práctica clínica se requiere de una evaluación mediante una herramienta sencilla y breve, que facilite la integración de

este enfoque en la práctica clínica diaria (Sánchez-Julvé et al., 2025).

En este sentido, de la revisión sistemática realizada por Sánchez-Julvé et al. (2025) se desprende que la escala breve y modificada Experiences in Close Relationships Scale ECR-M16 (Lo et al., 2009) es una de las herramientas más utilizadas para evaluar los cuatro estilos de apego, así como los factores de segundo orden, ansiedad y evitación, en personas con cáncer avanzado.

La Escala breve y modificada de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR-M16) (Brennan et al., 1998; Lo et al., 2009) es un instrumento de autoinforme que evalúa las experiencias de los pacientes en relaciones cercanas. Esta versión abreviada procede de la escala original ECR-36 (Brennan et al., 1998) y fue posteriormente adaptada por Lo et al. (2009) para su uso en pacientes con cáncer avanzado. Consta de 16 ítems divididos en dos subescalas: ansiedad y evitación de 8 ítems cada una de ellas. Los ítems se presentan en formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo) e incluyen cuatro ítems formulados de forma inversa en cada subescala. Cada subescala presenta un rango de 8 a 56 puntos, así como una adecuada consistencia interna medida a través del alfa de Cronbach, siendo una α de 0.84 para la subescala ansiedad y 0.83 para la evitación (Lo et al., 2009). Las puntuaciones altas en una o en ambas subescalas indicarían una alta inseguridad en el apego.

Esta escala también ha sido traducida y adaptada a diferentes idiomas, entre ellos, el alemán (Philipp et al., 2017) y el griego (Tsilika et al., 2016) presentando buenas propiedades psicométricas.

Sin embargo, y de acuerdo con nuestro conocimiento, hasta la fecha no existe ningún instrumento validado en español en el contexto paliativo. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar las propiedades psicométricas de la versión al castellano (ECR-M16-S) de la escala breve y modificada Experiences in Close Relationships Scale ECR-M16 (Lo et al., 2009) propuesta por Sánchez-Julvé (2025), analizando su estructura factorial, consistencia interna y evidencias de validez en personas con cáncer avanzado atendidas en cuidados paliativos. Se hipotetiza que la versión española de la escala ECR-M16 (ECR-M16-S) presentará propiedades psicométricas adecuadas, evidenciando una estructura bifactorial consistente con el modelo teórico original (ansiedad y evitación), así como índices satisfactorios de consistencia interna y validez estructural.

Método

Participantes y procedimiento

Se realizó un estudio transversal de mayo de 2023 a enero de 2024 con pacientes con cáncer avanzado/final de vida atendidos por el servicio de cuidados paliativos del Hospital-Residència Sant Camil (HRSC-Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf, Barcelona). Los criterios de inclusión fueron: pacientes con enfermedad oncológica avanzada, mayores de edad y haber facilitado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: presentar déficit cognitivo, enfermedad con tratamiento curativo, presencia de sintomatología física descontrolada, debilidad extrema, estar en situación de últimos días de vida, barrera idiomática o problemas de comunicación o negativa a la participación.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEIC) del Hospital Universitari de Bellvitge de Barcelona con ref. PR376/22 (CSAPG-41, 3/02/2023).

Los participantes, tras otorgar su consentimiento informado por escrito y de forma individual, realizaban una entrevista clínica psicológica y respondían a la versión española de la ECR-M16 (Lo et al., 2009) para evaluar el estilo de apego, así como, otras escalas

para valorar otros aspectos psicosociales y poder analizar las propiedades psicométricas de la escala.

El diseño se ajustó a los procedimientos aceptados para la validación de instrumentos psicométricos y se llevó a cabo siguiendo las directrices para la adaptación de escalas establecidas por [Muñiz, Elosua y Hambleton \(2013\)](#).

Instrumentos

Los datos sociodemográficos, médicos y relacionados con el tratamiento se obtuvieron de un cuestionario de autoinforme estandarizado de cribado, así como de la historia clínica de los pacientes. Los pacientes respondieron a los siguientes cuestionarios que incluía a la versión española de la ECR-M16, así como a otras escalas para evaluar sus propiedades psicométricas:

Versión Española de la *Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR-M16)* ([Brennan et al., 1998](#); [Lo et al., 2009](#)), ver [tabla 1](#). La traducción de la ECR-M16 se realizó de acuerdo con las directrices internacionales sobre adaptación transcultural de instrumentos de medición. Se tradujo la versión original en inglés ([Lo et al., 2009](#)) al español utilizando el procedimiento de traducción directa e inversa “forward-backward translation” en el que dos traductores independientes tradujeron la escala del inglés al castellano y, posteriormente, otros dos traductores llevaron a cabo la retrotraducción al inglés. Las dos versiones inglesas fueron consideradas conceptualmente equivalentes por los miembros de ambos equipos de traducción.

Tabla 1.

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes (N = 135)

Variable	Categoría	n (%)
Edad (años)	M = 68,7; DE = 12,7	—
Sexo	Hombre	83 (61,5)
	Mujer	52 (38,5)
Diagnóstico principal	Cáncer de pulmón	30 (22,2)
	Otras neoplasias	42 (31,1)
	Cáncer de colon	20 (14,8)
	Cáncer de mama	13 (9,6)
	Cáncer gástrico	5 (3,7)
	Cáncer de próstata	5 (3,7)
	Diagnóstico no oncológico	12 (8,9)

Nota. M = media; DE = desviación estándar. Los porcentajes se calcularon sobre el total de la muestra (N = 135).

Para la identificación del malestar emocional en los enfermos oncológicos avanzados ingresados en unidades de cuidados paliativos se usó el *Cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME)* de [Maté et al. \(2009\)](#) y [Limonero et al. \(2012\)](#). Consta de dos partes: la primera contiene tres preguntas dirigidas al enfermo, dos de ellas en formato de escala visual numérica de 0 a 10, en las que se evalúa el estado de ánimo y la percepción de afrontamiento de la situación, y la otra, registra la presencia o ausencia de preocupaciones. La segunda parte consiste en una observación, por parte del profesional sanitario, de la presencia de signos externos de malestar emocional, en donde se registra su existencia y permite llevar a cabo una valoración global del malestar emocional. El DME otorga una puntuación total de 0 a 20, formada por la suma de las puntuaciones de las respuestas a las preguntas referentes a la valoración del estado de ánimo y a la de cómo está afrontando la experiencia de enfermedad avanzada. Esta escala presenta como punto de corte una puntuación ≥ 9 para detectar a los pacientes que presentarían malestar emocional, requiriendo de atención psicológica especializada ([Limonero et al., 2012](#)). La consistencia interna de la escala

medida a través del alfa de Cronbach fue, en nuestro estudio de 0,73.

La soledad existencial se evaluó mediante la *Escala de Detección de la Soledad Existencial en Enfermos al Final de la Vida (EDSOL-v2)*, desarrollada por [Viel Sirito et al. \(2018, 2019\)](#). Se trata de un instrumento breve de dos ítems cerrados con formato Likert, dirigido a pacientes con enfermedades avanzadas, cuya puntuación total oscila entre 0 y 10, donde valores más altos indican mayor soledad existencial. La escala ha mostrado excelentes propiedades psicométricas, con alta consistencia interna ($\alpha = .90$), adecuada estabilidad temporal ($r = .71$) y un punto de corte de 5, asociado a una sensibilidad del 79.8% y una especificidad del 74.6%. En el presente estudio, la escala mostró una excelente consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de .91.

La resiliencia se evaluó mediante la *Brief Resilient Coping Scale (BRCS)* ([Sinclair & Wallston, 2004](#)), validada en población española por [Limonero et al. \(2014\)](#). La BRCS es una escala breve compuesta por cuatro ítems que evalúan un patrón de afrontamiento resiliente caracterizado por un estilo activo y eficaz de resolución de problemas. Las respuestas se presentan en formato Likert de cinco puntos (1 = no me describe en absoluto a 5 = me describe muy bien), obteniéndose una puntuación total entre 4 y 20, donde valores más altos indican mayor resiliencia. Se han establecido los siguientes puntos de corte: puntuaciones ≤ 13 indican baja resiliencia, entre 14 y 16 resiliencia moderada, y ≥ 17 alta resiliencia. La escala ha mostrado adecuada consistencia interna y estabilidad temporal, con índices de fiabilidad comparables a los obtenidos en la validación original.

En nuestro estudio, la fiabilidad medida a través del alfa de Cronbach fue de 0,769.

El funcionamiento familiar se evaluó mediante la *Escala APGAR Familiar* ([Smilkstein, 1978](#)) en la versión española de [Bellón Saameño, Delgado Sánchez, Luna del Castillo, & Lardelli Claret \(1996\)](#). Es un instrumento breve de cinco ítems que evalúa la satisfacción percibida con el funcionamiento familiar global en las dimensiones de Adaptación, Asociación, Crecimiento, Afecto y Resolución. Las respuestas se registran en una escala Likert de cinco puntos (0 = *nunca* a 4 = *siempre*), obteniéndose una puntuación total entre 0 y 20, donde valores más altos indican un mejor funcionamiento familiar. En nuestro estudio, esta escala presentó una fiabilidad medida a través del alfa de Cronbach fue de 0,863.

Análisis estadístico

El análisis de los resultados se realizó mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 29.0 para Windows ([IBM Corp, 2022](#)). Se calcularon índices descriptivos, coeficientes de correlaciones de Pearson y comparaciones.

La fiabilidad de la consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las subescalas de la ECR-M16-S. Con el objetivo de analizar la estabilidad temporal de la versión española de la ECR-M16-S, la escala se administró posteriormente a una submuestra aleatoria de 40 pacientes, estableciéndose un intervalo test-retest de una semana. La validez concurrente se examinó mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson con las otras variables del estudio.

Asimismo, se empleó el programa EQS 6.1 (software de modelización de ecuaciones estructurales ([Bentler y Wu, 2002](#)) para analizar la estructura factorial de la de la ECR-M16-S mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC). Los parámetros del análisis factorial confirmatorio (AFC) se estimaron mediante el método de Máxima Verosimilitud (ML). Se utilizaron los siguientes índices de bondad de ajuste: (1) chi-cuadrado dividido por los grados de libertad; (2) índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI); (3) índice de

Tabla 2.

Experiences in Close Relationships Scale – Modified Short Form (ECR-M16, Lo, C. et al. 2009), versión española ECR-M16-S

Las siguientes afirmaciones describen cómo se siente usted en sus relaciones cercanas. El término «otras personas» se refiere a aquellas con las que mantiene una relación cercana. Indique su grado acuerdo o desacuerdo con cada afirmación marcando la opción correspondiente, en donde 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo).

Ítem	Enunciado	1 Totalmente en desacuerdo	2	3	4 Neutral	5	6	7 Totalmente de acuerdo
1	Me siento incómodo/a cuando otras personas quieren estar muy cerca de mí.							
2	Me preocupa ser abandonado/a.							
3	Se lo cuento todo a las personas con las que me siento cercano/a.							
4	Necesito tener seguridad de que las personas con las que me siento cercano/a me quieren.							
5	No me siento cómodo/a abriéndome a otras personas.							
6	Me preocupo mucho por mis relaciones.							
7	Suelo hablar de mis problemas y preocupaciones con las personas a las que me siento cercano/a.							
8	Pienso que los demás no quieren acercarse a mí tanto como me gustaría.							
9	Intento evitar intimar o relacionarme demasiado con otras personas.							
10	Me preocupa que otras personas no se interesen por mí tanto como yo me intereso por ellas.							
11	No me importa pedir consuelo, consejo o ayuda a otras personas.							
12	Me siento frustrado/a cuando otras personas no están tan cerca de mí como a mí me gustaría.							
13	Prefiero no intimar o relacionarme con otras personas.							
14	Me preocupa bastante perder a las personas con las que me siento cercano/a.							
15	En momentos de necesidad, me ayuda rodearme de gente y recurrir a otras personas.							
16	Me molesta cuando las personas con las que me siento cercano/a pasan tiempo sin mí.							

bondad de ajuste (GFI); (4) residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR); (5) error cuadrático medio de aproximación (RMSEA); (6) NNFI: índice de ajuste no normalizado; e (7) índice de Tucker–Lewis (TLI). Para considerar un buen ajuste, los valores de CFI y GFI deberían situarse en torno a .90 (cuanto mayor es el valor, mejor es el ajuste), el SRMR debería ser $\leq .05$ (cuanto menor es el valor, mejor es el ajuste) y el NNFI superior a .95 (Batista-Foguet, Coenders y Alonso, 2004). Por su parte, los valores de RMSEA deberían ser inferiores a .08 para indicar un ajuste aceptable y cercanos a .05 para reflejar un buen ajuste (Brown, 2006), mientras que valores de TLI próximos a 1 indican un buen ajuste del modelo. En todos los casos, el nivel de significación estadística se estableció en $p \leq 0,05$.

Resultados

Estadísticos descriptivos

La muestra estuvo compuesta por 135 pacientes con enfermedad avanzada o en situación de final de vida (38,5 % mujeres), con edades comprendidas entre 23 y 90 años, y una edad media de 68,7 años ($DE = 12,7$). Los participantes fueron seleccionados a partir de una muestra inicial de 151 pacientes.

Un total de 16 pacientes fueron excluidos del estudio por presentar dificultades atencionales, desorientación y/o fatiga excesiva, estar en proceso de agonía que impedían una participación adecuada en el proceso de evaluación.

Del total de la muestra, 123 pacientes (91 %) presentaban enfermedades neoplásicas avanzadas con un pronóstico de vida limitado. El 9 % restante ($n = 12$) correspondía a pacientes con diagnósticos no

oncológicos, tales como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o pluripatología geriátrica avanzada, todos ellos tributarios de atención paliativa.

En la [Tabla 2](#) se presenta las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Consistencia interna y fiabilidad test-retest

La versión española de la ECR-M16 mostró una adecuada consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,75 y una ω de McDonald de 0,754 para la subescala de ansiedad, mientras que para la subescala de evitación fue de 0,737 y de 0,742 respectivamente. Con el fin de analizar la estabilidad temporal (la fiabilidad test-retest), para las dos dimensiones de la escala, 40 pacientes completaron una semana después en promedio la escala obteniendo un valor de correlación intraclass de 0,76 ($IC\ 95\ \% = [0,63 - 0,85]$) para ansiedad y de 0,74 para evitación ($IC\ 95\ \% = [0,48 - 0,87]$). Las correlaciones ítem-total fueron adecuadas en la mayoría de los ítems, si bien algunos presentaron valores próximos al umbral inferior (ítems 1 y 3 para la subescala de ansiedad, e ítem 14 para la subescala de evitación). La eliminación de ítems no produjo mejoras sustanciales en los índices de fiabilidad, por lo que se mantuvieron todos los ítems en los análisis ([Tabla 3](#))

Validez de criterio

La validez relacionada con el criterio de la escala ECR-M16 versión española se estableció mediante la correlación de las dos

subescalas: ansiedad y evitación de apego con otros constructos psicológicos teóricamente relacionados como el malestar emocional, la soledad existencial, la resiliencia y el funcionamiento familiar.

Tabla 3.

Análisis de fiabilidad de la escala ECR-M16-S

Subescala / Ítem	M	DE	R ítem-total	α si se elimina	ω si se elimina
Ansiedad*	3.73	1.60		0.750*	0.754*
ECRM2	3.38	2.92	0.572	0.697	0.705
ECRM4	4.44	2.89	0.398	0.734	0.741
ECRM6	4.85	2.73	0.371	0.738	0.746
ECRM8	1.95	2.12	0.392	0.733	0.736
ECRM10	2.95	2.69	0.538	0.706	0.707
ECRM12	3.33	2.74	0.557	0.701	0.703
ECRM14	5.85	2.28	0.280	0.750	0.758
ECRM16	3.05	2.72	0.449	0.723	0.727
Evitación*	3.56	1.63		0.737*	0.742*
ECRM1	2.92	2.65	0.230	0.747	0.750
ECRM3	2.93	2.49	0.227	0.746	0.749
ECRM5	4.34	2.83	0.477	0.701	0.709
ECRM7	3.28	2.71	0.527	0.691	0.698
ECRM9	4.21	2.76	0.575	0.681	0.687
ECRM11	3.44	2.79	0.407	0.715	0.720
ECRM13	3.40	2.86	0.466	0.703	0.711
ECRM15	3.99	2.85	0.534	0.689	0.696

Nota. M = media; DE = desviación estándar; r ítem-total = correlación ítem-total; α = alfa de Cronbach; ω = omega de McDonald.

* Los valores de α y ω de cada subescala corresponden a los valores de fiabilidad global de cada subescala.

La dimensión de ansiedad de apego mostró correlaciones positivas y significativas con malestar emocional y soledad existencial indicando que mayores niveles de ansiedad de apego se asocian con mayor vulnerabilidad emocional y soledad existencial. No se observaron asociaciones significativas con funcionamiento familiar ni con resiliencia.

Por su parte, la dimensión de evitación de apego presentó una correlación positiva y significativa con malestar emocional y con soledad existencial. Asimismo, se encontraron correlaciones negativas significativas con funcionamiento familiar y resiliencia, lo que indicaría que mayores niveles de evitación se relacionan con peor ajuste relacional y menores recursos adaptativos.

En conjunto, estos resultados aportan evidencia de validez de criterio para la ECR-M16-S, al mostrar asociaciones en la dirección teóricamente esperada y de magnitud pequeña a moderada, sin evidenciar solapamientos excesivos entre constructos

Tabla 4.

Correlaciones de Pearson entre las dimensiones de ansiedad y de evitación de la versión adaptada de la escala ECR-M16-S y otras variables del estudio

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Ansiedad apego	—					
2. Evitación apego	.07	—				
3. Malestar emocional	.18*	.43**	—			
4. Soledad existencial	.22*	.21*	.22*	—		
5. Funcionamiento familiar	-.10	-.38**	-.19*	-.26**	—	
6. Resiliencia	.01	-.24**	-.35**	-.13	.27**	—

Nota* $p < .05$. ** $p < .01$ (bilateral).

Análisis confirmatorio

Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) en la muestra española de pacientes paliativos para analizar la estruc-

tura bidimensional de la escala ECR-M16-S. El modelo bidimensional mostró un ajuste global aceptable: chi-cuadrado/grados de libertad ($\chi^2/gl = 1.67$; $p < .05$), índice de ajuste comparativo (CFI = .906), índice de bondad de ajuste (GFI = 1), índice de ajuste no normalizado (NNFI = .89), residuo cuadrático medio (RMSR = .0739), error cuadrático medio de aproximación (RMSEA = .0732 [.0557-.0903]) e índice de Tucker-Lewis (TLI = .89). En conjunto, estos índices se encuentran dentro de los rangos recomendados, lo que indicaría un ajuste adecuado del modelo (Brown, 2006), apoyando la estructura bidimensional teóricamente propuesta (ansiedad y evitación).

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas de la versión española de la ECR-M16 en una muestra de pacientes con cáncer avanzado/final de vida atendidos en una unidad de cuidados paliativos. Los resultados obtenidos proporcionan evidencia favorable respecto a su validez estructural y de criterio en población española al final de la vida, siendo el primer estudio realizado en nuestro país con esta escala sugiriendo la utilidad de esta, para explorar el estilo de apego en el contexto de los cuidados paliativos.

En primer lugar, para analizar la estructura factorial de la escala adaptada transculturalmente al español (ECR-M16-S) se realizó un análisis factorial confirmatorio que respaldó la estructura bifactorial original propuesta por Lo et al. (2009), compuesta por las dimensiones de ansiedad y evitación de apego. El modelo mostró un ajuste global aceptable ($\chi^2/gl = 1.67$; CFI = .906; TLI = .89; RMSEA = .073), situándose dentro de los rangos considerados adecuados en investigación clínica (Hu y Bentler, 1999). Aunque los índices no alcanzaron criterios de ajuste excelente ($\geq .95$), resultan consistentes con estudios previos realizados en muestras oncológicas y en contextos de enfermedad avanzada, donde la complejidad clínica y la variabilidad emocional pueden influir en los indicadores de ajuste.

Nuestros resultados son congruentes con los obtenidos por Lo et al. (2009), quienes validaron la versión abreviada de la escala original (Brennan et al., 1998) en pacientes con cáncer avanzado, confirmando igualmente la solución bidimensional. Del mismo modo, las adaptaciones transculturales posteriores, como la versión alemana con pacientes oncológicos en consultas externas (Philipp et al., 2017), o la griega con pacientes atendidos en cuidados paliativos (Tsiliika et al., 2016), informaron de estructuras factoriales consistentes con el modelo ansiedad-evitación, reforzando la estabilidad transcultural del constructo de apego adulto en estos ámbitos clínicos.

En segundo lugar, el análisis de fiabilidad de la versión española de la escala mostró una adecuada consistencia interna para ambas dimensiones. La subescala de ansiedad presentó un α de Cronbach de .750 y un ω de McDonald de .754, mientras que la subescala de evitación obtuvo $\alpha = .737$ y $\omega = .742$. Estos valores se sitúan dentro del rango considerado aceptable en estudios psicométricos aplicados (DeVellis, 2017), especialmente en escalas breves y son similares a los obtenidos por las adaptaciones alemana (Philipp et al., 2017), y griega (Tsiliika et al., 2016). Por su parte, los análisis de correlaciones ítem-total mostró que la mayoría de los ítems contribuyeron de manera adecuada a sus respectivas subescalas, aunque algunos ítems presentaron cargas más moderadas en ambas subescalas (ítems 1, y 3 para la subescala de ansiedad, e ítem 14 para la subescala de evitación de apego), aunque, su eliminación no incrementó sustancialmente la consistencia interna global, lo que respalda su mantenimiento por coherencia teórica.

La estabilidad temporal de la escala fue examinada mediante la fiabilidad test-retest en una submuestra de 40 pacientes evaluados

con un intervalo promedio de una semana. Los resultados mostraron coeficientes de correlación intraclass (ICC) de .76 (IC 95% [.63-.85]) para ansiedad y .74 (IC 95% [.48-.87]) para evitación, valores que se situarían dentro del rango considerado moderado a bueno en investigación clínica (Koo & Li, 2016). Este patrón de respuesta relativamente estable en un ámbito de gran variabilidad emocional como es el ámbito de los cuidados paliativos da soporte a la conceptualización del apego como un sistema disposicional que modula la respuesta ante la amenaza vital (Mikulincer & Shaver, 2007).

En tercer lugar, los análisis de validez de criterio mostraron patrones de asociación coherentes con nuestro postulado y con el marco teórico del apego (Mikulincer & Shaver, 2007). La dimensión de ansiedad se asoció significativamente con mayor malestar emocional y soledad existencial, lo que concuerda con el modelo característico del apego ansioso. No obstante, no se observaron asociaciones significativas con resiliencia ni con funcionamiento familiar, lo que podría indicar que, en el contexto del final de la vida, la ansiedad de apego se manifiesta principalmente con una mayor dificultad para la regulación emocional, preocupación excesiva por la pérdida del soporte familiar y social generado por la amenaza de la enfermedad, más que con la necesidad de solucionar dificultades relacionadas con la dinámica familia o con las capacidades de resiliencia, tal y como sugieren Mikulincer y Shaver (2007).

Con relación a la dimensión de evitación de apego, mostró un patrón de asociaciones más amplio y consistente: correlacionó positivamente con malestar emocional y soledad existencial, y negativamente con funcionamiento familiar y resiliencia. Este perfil es coherente con el modelo de apego descrito por Mikulincer y Shaver (2007), caracterizado por distanciamiento interpersonal, menor utilización del apoyo social y mayor vulnerabilidad en situaciones de amenaza existencial, representando un factor de riesgo para el ajuste psicossocial, tal y como han observado Hunter, Davis, y Tunstall (2005) en pacientes australianos al final de vida.

Este estudio presenta una serie de limitaciones. La primera de ellas está relacionada con el diseño transversal del estudio que impide analizar posibles cambios en el estilo de apego a lo largo del proceso final de vida y limita su capacidad predictiva. Aunque se evaluó la fiabilidad test-retest de la escala en un intervalo breve de una semana, la realización de estudios longitudinales en pacientes al final de vida plantea dificultades metodológicas y desafíos éticos. No obstante, conviene tener presente que el estilo de apego se conceptualiza como una variable disposicional relativamente estable de personalidad, por lo que no se esperarían cambios significativos en el mismo (Bowlby, 1988; Mikulincer y Shaver, 2010; Shalev et al., 2022). En segundo lugar, la ratio de mujeres/hombres en nuestra muestra fue de 38,5%. Por lo que esta diferencia podría haber afectado a las estimaciones psicométricas. En futuros estudios se debería presentar una distribución más homogénea. Y Finalmente, el uso de medidas de autoinforme puede dar lugar a sesgos derivados de la discapacidad social o del estado emocional (Podsakoff, MacKenzie, Lee, y Podsakoff, 2003). En este sentido, futuras investigaciones deberían considerar diseños multimodo como, por ejemplo, entrevistas semiestructuradas clínicas breves para reducir este posible sesgo (Kazdin, (2003).

Conclusiones

Los resultados de este estudio confirman que la versión española de la ECR-M16 (ECR-M16-S) constituye un instrumento fiable y válido para medir los estilos de apego en pacientes al final de vida que reciben cuidados paliativos. Presenta propiedades psicométricas adecuadas, confirma su estructura bifactorial que, junto con evidencias de fiabilidad interna, estabilidad temporal y validez de criterio,

respaldan su utilización como herramienta breve y clínicamente útil en contexto paliativo.

La identificación sistemática de los estilos de apego podría orientar intervenciones psicológicas más individualizadas, mejoraría la comunicación paciente-familia y profesional y optimizaría la atención psicológica en cuidados paliativos ampliando el abanico de posibilidades de intervención psicológica basada en la evidencia científica.

Contribuciones de los autores

CSJ y JTL concibieron y diseñaron el estudio. CSJ se encargó de la recopilación de los datos. CSJ y JTL interpretaron y analizaron los datos y redactaron la primera versión del manuscrito. SV y MJGR contribuyeron a la interpretación de los resultados y realizaron la revisión crítica del manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final para su publicación.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declararon que no existen posibles conflictos de interés en relación con la investigación, la autoría y/o la publicación de este artículo.

Aspectos éticos

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitari de Bellvitge de Barcelona Ref. PR376/22 (CSAPG-41, 3/02/2023).

Financiación

Los autores declaran que no han recibido financiación específica para la realización de este estudio.

Referencias

- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). Guilford Press.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio: Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(Suppl. 1), 21-27. <https://doi.org/10.1157/13057542>
- Bellón Saameño, J. A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. D., & Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296.
- Bentler P. M., & Wu E. J. C. (2002). *EQS6 for Windows User's Guide*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201-210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galiotta, M., Michele Galiotta, R., Christian Nelson, M. J., & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Jama*, 284(22), 2907-2911.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. and Shaver, P. R. (1998) Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In Simpson JA and Rholes WS (eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press, 46-76.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Press.
- Ciaramella, A. & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-Oncology*, 10(2), 156-165. <https://doi.org/10.1002/pon.505>
- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting ad-

- justment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18(10), 1045–1052. <https://doi.org/10.1002/pon.1390>
- Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003) The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*, 104(3), 627–637.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644.
- De Luca, R., Dorangricchia, P., Salerno, L., Lo Coco, G., & Cicero, G. (2017). The role of couples' attachment styles in patients' adjustment to cancer. *Oncology*, 92(6), 325–334. <https://doi.org/10.1159/000455956>
- DeVellis, R. F. (2017). Scale development: Theory and applications (4th ed.). Sage.
- Galindo Vázquez, O., Rojas Castillo, E., Ascencio Huertas, L., Meneses García, A., Aguilar Ponce, J. L., Olvera Manzanilla, E., Díez Martínez, F., & Alvarado Aguilar, S. (2015). Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1). https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n1.48906
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996) Adult attachment interview (3d ed.). Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hunter, M. J., Davis, P. J., & Tunstall, J. R. (2006). The influence of attachment and emotional support in end-stage cancer. *Psycho-Oncology*, 15(5), 431–444. <https://doi.org/10.1002/pon.965>
- IBM Corp. (2022). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 29.0)* [Computer software]. IBM Corp. <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Allyn & Bacon.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Burns, W. I., McKenzie, D. & Posterino, M. (1994) Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 3(1), 47–56.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Burns, W. I., McKenzie, D., & Posterino, M. (1994b) Perceptions of family functioning and cancer. *Psycho-Oncology*, 3, 650–658.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Dowe, D. L., Snyder, R. D., Onghena, P., McKenzie, D. P. & Wallace, C. S. (1996). The Melbourne family grief study, I: Perceptions of family functioning in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 153(5), 650–658.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Onghena, P., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., & Dowe, D. L. (1996). The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *American Journal of Psychiatry*, 153(5), 659–666.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intra-class correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Lafuente, M. J., & Cantero, M. J. (2010) Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor. Madrid: Pirámide.
- Limonero, J. T., Mateo, D., Maté-Méndez, J., González-Barboteo, J., Bayés, R., Bernaus, M., Casas, C., López, M., Sirgo, A., & Viel, S. (2012). Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.016>
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Gómez-Romero, M. J., Maté-Méndez, J., Sinclair, V. G., Wallston, K. A., & Gómez-Benito, J. (2014). Evidence for validity of the brief resilient coping scale in a young spanish sample. *Spanish Journal of Psychology*, 17(2). <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.35>
- Lo, C., Walsh, A., Mikulincer, M., Gagliese, L., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2009). Measuring attachment security in patients with advanced cancer: Psychometric properties of a modified and brief Experiences in Close Relationships scale. *Psycho-Oncology*, 18(5), 490–499. <https://doi.org/10.1002/pon.1417>
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66–104.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.
- Marrone, M. (2001) La teoría del Apego. Un enfoque actual: Psimática.
- Martínez, C., & Santelices, M. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psyke (Santiago)*, 14(1), 181–191.
- Maté, J., Mateo, D., Bayés, R., Bernaus, M., Casas, C., González-Barboteo, J., Limonero, J. T., López-Postigo, M., Sirgo, A. & Viel, S. (2009). Elaboración y propuesta de un instrumento para la detección de malestar emocional en enfermos al final de la vida. *Psicooncología*, 6(2-3), 507–18.
- Mauder, R. G., & Hunter, J. J. (2012). A prototype-based model of adult attachment for clinicians. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(4), 549–573.
- Mauder, R. G., & Hunter, J. J. (2016). Can patients be “attached” to healthcare providers? An observational study to measure attachment phenomena in patient-provider relationships. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016>
- McLean, L. M., & Nissim, R. (2007). Marital therapy for couples facing advanced cancer: Case review. *Palliative & Supportive Care*, 5(3), 303–313. <https://doi.org/10.1017/S1478951507000466>
- Mikulincer, M., & Florian, V. (2000). Exploring individual differences in reactions to mortality salience: Does attachment style regulate terror management mechanisms? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 260–273. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.2.260>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry*, 18(3), 139–156. <https://doi.org/10.1080/10478400701512646>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Guilford Publications.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157.
- Nicholls, W., Hulbert-Williams, N., & Bramwell, R. (2014). The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1083–1095. <https://doi.org/10.1002/pon.3664>
- Nissen, K. G. (2016). Correlates of self-rated attachment in patients with cancer and their caregivers: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 25(9), 1017–1027. <https://doi.org/10.1002/pon.4057>
- Philipp, R., Vehling, S., Scheffold, K., Grünke, B., Härter, M., Mehnert, A., Oechsle, K., Schulz-Kindermann, F., & Lo, C. (2017). Attachment Insecurity in Advanced Cancer Patients: Psychometric Properties of the German Version of the Brief Experiences in Close Relationships Scale (ECR-M16-G). *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 555–562. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.026>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88>
- Ramos, K., Langer, S. L., Todd, M., Romano, J. M., Ghosh, N., Keefe, F. J., Baucum, D. H., Syrjala, K. L., & Porter, L. S. (2020). Attachment style, partner communication, and physical well-being among couples coping with cancer. *Personal Relationships*, 27(3), 526–549. <https://doi.org/10.1111/pere.12330>
- Rodin, G., & Zimmermann, C. (2008). Psychoanalytic reflections on mortality: A reconsideration. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 181–196. <https://doi.org/10.1521/jaap.2008.36.1.181>
- Rodin, G., Lo, C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2009). Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science and Medicine*, 68(3), 562–569. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.037>
- Rodin, G., Walsh, A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Jones, J., Shepherd, F. A., Moore, M., Braun, M., Donner, A., & Mikulincer, M. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(12), 1080–1091. <https://doi.org/10.1002/pon.1186>
- Sánchez-Julvé, C., Viel-Sirito, S., & Limonero, J. T. (2025). Attachment at the end of life: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 23, e181 <https://doi.org/10.1017/S1478951525100783>
- Shalev, D., Jacobsen, J. C., Rosenberg, L. B., Brenner, K. O., Seaton, M., Jackson, V. A., & Greer, J. A. (2022). (Don't) Leave Me Alone: Attachment in Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 25(1), 9–14. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0491>
- Scheffold, K., Philipp, R., Koranyi, S., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, F., Härter, M., & Mehnert, A. (2018). Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliative & Supportive Care*, 16(3), 308–316. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000281>
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 763–773.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.

- Strauss, B., & Brenk-Franz, K. (2016). The Relevance of Attachment Theory in Medical Care. In *Improving Patient Treatment with Attachment Theory* (pp. 39–52). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-23300-0_4
- Tsilika, E., Parpa, E., Galanopoulou, N., Gennimata, V., Mosa, E., Galanos, A., & Mystakidou, K. (2016). Attachment orientations of Greek cancer patients in palliative care. A validation study of the Experiences in Close Relationships scale (ECR-M16). *Journal of BUON*, 21, 1005–1012.
- Vehling, S., Tian, Y., Malfitano, C., Shnall, J., Watt, S., Mehnert, A., Rydall, A., Zimmermann, C., Hales, S., Lo, C., & Rodin, G. (2019). Attachment security and existential distress among patients with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 116, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.018>
- Viel, S., Maté Méndez, J., Mateo Ortega, D., Bernaus, M., Sánchez, C., Martínez-Romans J., Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T. (2018). Desarrollo de la escala EDSOL para la detección de la soledad existencial en enfermos al final de la vida. *Revista de Psicooncología*, 15(1); 89–101. <https://doi.org/10.5209/PSIC.59178.15>
- Viel Siritto, S., Limonero, J. T., Maté Méndez, J., Mateo Ortega, D., Bernaus Martí, M., Castejón Itey, V., Sánchez Julvé, C., Martínez-Romans, J., Sirgo, A., Rubio, B., Forn Vilanova, L., Fraguell, C., & Gómez Romero, M. J. (2019). Evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Detección de la Soledad Existencial en pacientes con enfermedades avanzadas. *Psicooncología*, 16(1), 161–176. <https://doi.org/10.5209/psic.63653>
- Xiaoyun, C., & Fenglan, L. (2020). The relationships among insecure attachment, social support and psychological experiences in family caregivers of cancer inpatients. *European Journal of Oncology Nursing*, 44. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101691>
- Yárnoz-Yaben, S. (2008). La evaluación desde la teoría del apego: El lugar de los autoinformes y otros instrumentos en la evaluación del apego en niños, adolescentes y adultos. S. Yárnoz (comp.). *La teoría del apego en la clínica I: Evaluación y Clínica*, 95–162. Madrid: Psimática