

## Inflexibilidad psicológica en cuidadores principales de pacientes en situación de final de vida

Xavier Montaner Casino<sup>1\*</sup> , Vanessa Freixedes Martínez<sup>2</sup> , Carmen Kallenbach Guibelalde<sup>3</sup> 

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.108428>

Recibido: 4 de enero de 2026 / Aceptado: 2 de marzo de 2026

**Resumen:** **Objetivo:** la sobrecarga que sufren los cuidadores informales de pacientes en situación de final de vida es una preocupación creciente en cuidados paliativos. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre la sobrecarga del cuidador y la inflexibilidad psicológica en cuidadores principales de pacientes atendidos en domicilio por el servicio PADES del CSSV (Barcelona). **Método:** se realizó un estudio observacional transversal entre febrero de 2023 y febrero de 2024 con 35 cuidadores principales. Se evaluaron: la inflexibilidad psicológica mediante el AAQ-II y el CFQ, los síntomas depresivos con el PHQ-9, la sobrecarga del cuidador con la escala de Zarit, la dependencia del paciente con el índice de Barthel, el malestar emocional con DME y la intensidad de síntomas con EDM. Se realizaron análisis descriptivos y correlaciones de Spearman. **Resultados:** La inflexibilidad psicológica y la fusión cognitiva se correlacionaron significativamente con los síntomas depresivos (PHQ-9) y mostraron asociaciones positivas con la sobrecarga del cuidador (Zarit). No se encontró asociación significativa entre la sobrecarga y el malestar emocional del paciente (DME). Una mayor inflexibilidad psicológica se asoció con una mayor percepción de sobrecarga. **Conclusiones:** los resultados destacan el papel protector de la flexibilidad psicológica en cuidadores informales en contextos paliativos, sugiriendo que intervenciones basadas en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) podrían reducir la carga emocional y física. Futuras investigaciones deberían incorporar diseños longitudinales y muestras más amplias para confirmar causalidad y evaluar los efectos de las intervenciones.

**Palabras clave:** Flexibilidad psicológica, sobrecarga del cuidador, cuidados paliativos, cuidadores informales, inflexibilidad psicológica, malestar emocional.

\* Dirección de correspondencia: Xavier Montaner Casino. Centre Sociosanitari Ricard Fortuny. Avda Garraf 3, 08720 Barcelona, España. E-mail: [xmontaner@cssv.cat](mailto:xmontaner@cssv.cat)

<sup>1</sup> Xavier Montaner Casino. Centre Sociosanitari Ricard Fortuny; Universitat Rovira i Virgili. Avda Garraf 3, 08720 Barcelona; Avinguda Catalunya, 35, 43002 Tarragona, España. ORCID: 0000-0002-4503-1404 E-mail: [xmontaner@cssv.cat](mailto:xmontaner@cssv.cat)

<sup>2</sup> Vanessa Freixedes Martínez. Centre Sociosanitari Ricard Fortuny; Universitat Rovira i Virgili. Avda Garraf 3, 08720 Barcelona; Avinguda Catalunya, 35, 43002 Tarragona, España. ORCID: 0009-0008-9685-2270 E-mail: [vfreixedes@cssv.cat](mailto:vfreixedes@cssv.cat)

<sup>3</sup> Carmen Kallenbach Guibelalde. Universidad Abat Oliba CEU. Facultad de Psicología. Carrer de Bellesguard, 30, 08022 Barcelona, España. ORCID: 0009-0007-3262-823X E-mail: [carmenkallenbach@gmail.com](mailto:carmenkallenbach@gmail.com)

## ENG Psychological Inflexibility in Primary Caregivers of Patients at the End of Life

**ENG Abstract:** Objectives: The burden experienced by informal caregivers of patients at the end of life is a growing concern in palliative care. This study aimed to evaluate the relationship between caregiver burden and psychological inflexibility in primary caregivers of patients receiving home-based palliative care in the CSSV PADES service (Barcelona). Methods: A cross-sectional observational study was conducted between February 2023 and February 2024 with 35 primary caregivers. Psychological inflexibility was assessed using the AAQ-II and CFQ, depressive symptoms with the PHQ-9, caregiver burden with the Zarit scale, patient dependency with the Barthel Index, emotional distress with DME, and symptom intensity with EDM. Descriptive statistics and Spearman correlations were performed. Results: Psychological inflexibility and cognitive fusion were significantly correlated with depressive symptoms (PHQ-9) and showed positive associations with caregiver burden (Zarit). No significant association was found between caregiver burden and patient emotional distress (DME). Higher psychological inflexibility was associated with greater perceived caregiver burden. Conclusions: Findings highlight the protective role of psychological flexibility in informal caregivers in palliative contexts. Interventions based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) may help reduce emotional and physical burden. Future research should include longitudinal designs and larger samples to confirm causality and evaluate intervention effects.

**Keywords:** Psychological flexibility, caregiver burden, palliative care, informal caregivers, psychological inflexibility, emotional distress.

**Sumario:** 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Referencias bibliográficas.

**Cómo citar:** Montaner X, Freixedes V, Kallenbach C. Inflexibilidad psicológica en cuidadores principales de pacientes en situación de final de vida. *Psicooncología* 2026; 23: 61-72. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.108428>

### 1. Introducción

En los últimos años, el incremento en la atención de pacientes en cuidados paliativos ha conllevado un aumento en el número de cuidadores informales que asumen un papel crucial en el acompañamiento de personas con enfermedades crónicas avanzadas<sup>(1)</sup>. En este escenario, los cuidadores desempeñan un papel fundamental tanto en la calidad de vida del paciente como en la provisión de sus cuidados. Asimismo, actualmente se sabe que existe una relación de interdependencia entre la salud del paciente y la del cuidador<sup>(2)</sup>, lo que hace esencial atender a las dificultades a las que se enfrenta este colectivo y a sus estrategias de afrontamiento.

La literatura señala que los cuidadores no profesionales están expuestos a una serie de dificultades emocionales, físicas y sociales asociadas a su labor<sup>(3)</sup>, lo que se conceptualiza como "sobrecarga del cuidador"<sup>(4)</sup>. Esta sobrecarga se manifiesta tanto de forma subjetiva, mediante emociones difíciles y pensamientos intrusivos, como de forma objetiva, a través del aumento de responsabilidades inherentes al cuidado<sup>(5)</sup>.

La sobrecarga del cuidador puede describirse a partir de tres dimensiones principales: la autopercepción del rol, el estrés percibido y su evolución a lo largo del tiempo. En relación con la autopercepción, los cuidadores reflexionan sobre su experiencia, oscilando entre sentimientos de satisfacción y agotamiento<sup>(5,6)</sup>. Respecto al estrés percibido, se han descrito problemas en las relaciones sociales, como el aislamiento; alteraciones emocionales, como la ansiedad y la depresión<sup>(2)</sup>; y dificultades físicas, como la fatiga, los trastornos del sueño o la pérdida de peso<sup>(7)</sup>. Por último, en cuanto a su evolución, la sobrecarga tiende a incrementarse con el tiempo, especialmente ante el avance de la enfermedad y la prolongación del cuidado<sup>(8,9)</sup>.

Ante las demandas de su rol, los cuidadores desarrollan diversas estrategias de afrontamiento que pueden verse influidas tanto por factores externos, como el nivel educativo, los ingresos o el apoyo social<sup>(10,11)</sup>, como por factores internos, entre los que se incluyen la espiritualidad, la resiliencia o el uso del humor<sup>(12,13)</sup>. Asimismo, la empatía podría facilitar la comprensión de los comportamientos del paciente y favorecer una actitud más comprensiva y compasiva<sup>(14)</sup>, mientras que el humor, en determinadas circunstancias, puede generar alivio emocional tanto en el cuidador como en el paciente<sup>(15)</sup>.

Entre las estrategias de afrontamiento descritas, la flexibilidad psicológica se ha señalado como un factor especialmente relevante para proteger a los cuidadores frente al impacto físico y emocional de la tarea de cuidar<sup>(16,17)</sup>. La flexibilidad psicológica se define como la capacidad de actuar en coherencia con los propios valores y objetivos incluso en presencia de experiencias emocionales difíciles<sup>(18)</sup>. Este constructo psicológico está compuesto por seis procesos interrelacionados conocidos como el modelo Hexaflex: aceptación, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida<sup>(19-21)</sup>. Estas habilidades psicológicas favorecen una regulación emocional más eficaz, disminuyen la sintomatología ansiosa y depresiva y contribuyen a mejorar la calidad de vida<sup>(22-24)</sup>.

En contextos de alta exigencia emocional, como el cuidado de personas en situación de final de vida, la flexibilidad psicológica se configura como un factor protector relevante<sup>(25)</sup>. Su aplicación práctica puede favorecer procesos clave, como la aceptación de la enfermedad y de las emociones asociadas al cuidado, promoviendo un afrontamiento más adaptativo.

La relevancia clínica de la flexibilidad psicológica radica en su capacidad para reducir el malestar emocional sin recurrir a la evitación, permitiendo a los cuidadores adaptarse de forma más flexible a las situaciones cambiantes propias del proceso de final de vida. El desarrollo de esta capacidad podría contribuir a un afrontamiento más adaptativo, fortaleciendo la resiliencia y favoreciendo tanto el bienestar del cuidador como la calidad del cuidado proporcionado<sup>(19,21,26)</sup>.

De forma complementaria, la inflexibilidad psicológica se define como la dificultad para adaptarse a experiencias internas adversas y se caracteriza por procesos como la evitación experiencial, la fusión cognitiva y la acción desvinculada de los valores personales<sup>(18,27)</sup>. Esta rigidez psicológica y conductual limita la capacidad del individuo para responder de manera flexible ante el malestar emocional, incrementando el riesgo de síntomas depresivos, ansiedad y estrés<sup>(28)</sup>. En los cuidadores, niveles elevados de inflexibilidad psicológica se han asociado con una mayor percepción de sobrecarga, menor bienestar y una peor adaptación emocional, lo que subraya la importancia de intervenir sobre estos procesos para mejorar tanto su salud mental como la calidad de la atención que proporcionan<sup>(17,29)</sup>.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la sobrecarga del cuidador y los niveles de inflexibilidad psicológica en cuidadores principales de personas en situación de final de vida.

## 2. Método

### *Diseño*

Se realizó un estudio observacional transversal de carácter cuantitativo entre febrero de 2023 y febrero de 2024.

### *Participantes*

Previamente al reclutamiento, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario de Bellvitge con número de referencia PR373/22.

Se utilizó un muestreo intencionado no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por cuidadores principales de pacientes en situación de final de vida y se reclutó desde el servicio de Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES) del Centro Sociosanitario de Vilafranca Ricard Fortuny (Barcelona). Todos los participantes aceptaron participar de forma voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:
  - Ser cuidador/a principal de paciente en situación de final de vida atendido por el PADES Alt Penedès entre febrero de 2023 y febrero de 2024.
  - Estancia del paciente cuidado en el servicio igual o superior a 2 meses.
  - El cuidador principal debe saber leer y escribir.
- Criterios de exclusión:
  - Paciente cuidado en situación clínica de últimos días (SUD).
  - Renuncia a firmar el consentimiento informado.
  - Paciente cuidado con deterioro cognitivo grave.

Durante el periodo de reclutamiento, el servicio PADES atendió a un total de 104 pacientes, de cuyos cuidadores principales 35 conformaron la muestra final del estudio. Los motivos de no participar fueron principalmente dos: la decisión voluntaria de no colaborar en el estudio y el fallecimiento del paciente tras la primera o segunda visita.

### *Instrumentos y medidas*

A todos los participantes se les facilitó un protocolo en papel para que respondieran los cuestionarios individualmente y luego lo devolvieran a los investigadores. El protocolo incluyó un cuestionario de elaboración propia de variables sociodemográficas y las siguientes pruebas:

- Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): El AAQ-II es un instrumento que valora la inflexibilidad psicológica y que consta de 7 ítems a los que se responde mediante una escala Likert de 7 puntos. Las puntuaciones oscilan de 7 a 49 donde una puntuación mayor indica menor flexibilidad y mayor evitación experiencial<sup>(30)</sup>. A pesar de que no existe un punto de corte en la escala original que determine puntuaciones patológicas, se considera que puntuaciones  $\geq 24$  indicarían niveles moderados de inflexibilidad psicológica y puntuaciones  $> 28$  indicarían niveles altos<sup>(31)</sup>. Las propiedades psicométricas y la estructura factorial del AAQ-II traducido en español es adecuada y utilizada en la mayoría de estudios de carácter clínico.
- Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ): El CFQ es un cuestionario compuesto por 7 ítems que evalúa la fusión cognitiva<sup>(32)</sup>. La puntuación mínima es de 7 y la máxima de 49. Las puntuaciones más altas indican mayores niveles de fusión cognitiva y menores niveles de flexibilidad psicológica, las puntuaciones  $\geq 35$  indican niveles de fusión cognitiva clínicamente relevantes. En cuanto a sus propiedades psicométricas, el CFQ presenta una buena consistencia interna, así como una validez concurrente y convergente, avalada por estudios realizados en personas con diversas enfermedades.
- Patient Health Questionnaire (PHQ-9): El PHQ-9, es uno de los múltiples instrumentos existentes que miden la sintomatología depresiva según los criterios DSM-IV para el episodio depresivo mayor<sup>(33)</sup>. Este instrumento es de autoinforme compuesto por 9 ítems. Las puntuaciones pueden ir de 0 a 27, donde puntuaciones más altas sugieren sintomatología depresiva más grave. Las propiedades psicométricas del cuestionario muestran una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,89 y una especificidad y sensibilidad del 92% y 88%, además del coeficiente  $\omega$  de McDonald de 0,90.
- La Escala de Zarit: La Escala de Zarit (versión reducida) es una herramienta útil y de fácil manejo para la detección de la sobrecarga del cuidador<sup>(34)</sup>. Es uno de los métodos más utilizados debido a su alta consistencia interna y buena fiabilidad test-retest. Además, en cuidados paliativos, tiene una sensibilidad y especificidad del 100%, lo que señala su eficacia para identificar la carga de los cuidadores. Consiste en un autoinforme de 7 ítems, donde las puntuaciones oscilan en el rango de 7 a 35 y el punto de corte para identificar la sobrecarga es  $\geq 17$  puntos<sup>(35)</sup>.
- La Escala Barthel: La Escala Barthel mide la capacidad que tiene el evaluado para realizar diez actividades básicas de la vida diaria. Es un cuestionario fácil de aplicar y tiene buena

fiabilidad y validez. La puntuación está entre 0 y 100. Cuanto más cercana esté la puntuación de 0, más dependencia tiene el paciente. Por lo que, una puntuación cercana a 100, significa más independencia del paciente<sup>(36)</sup>.

- Preguntas dicotómicas: se realizaron las siguientes preguntas a los cuidadores, que debían responder dicotómicamente con *Sí/No*:
  - ¿Tiene usted ayuda de familiares o amigos?
  - ¿Tiene otras personas a su cargo?

### Análisis

El análisis estadístico se realizó con el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 29.0.2.0.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo a partir de las frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y a partir de las medias y la desviación estándar para las variables cuantitativas.

Se realizaron pruebas de normalidad a través del test de Shapiro-Wilk y a continuación se exploraron relaciones entre variables sociodemográficas, las preguntas dicotómicas, los niveles de sobrecarga (Escala Zarit), depresión (PHQ-9), dependencia funcional (Barthel) e inflexibilidad psicológica (AAQ-II y CFQ). Dado que la mayoría de variables no cumplieron el supuesto de normalidad, se realizaron correlaciones de Spearman para todas las variables (CFQ, AAQ-II, PHQ-9, Escala de Zarit y Escala de Barthel).

### 3. Resultados

Se reclutaron 35 cuidadores principales, lo que representa el 33,7% de los 104 pacientes atendidos por el servicio PADES durante el periodo del estudio. En la Tabla 1, se presenta el análisis descriptivo de las características sociodemográficas correspondientes a la muestra. El perfil de los participantes correspondió mayoritariamente al género femenino (74,3%), con una media de edad de 61,29 años. La mayoría se encontraba en el rango de edad de 50 a 64 años (45,7%), seguido por el grupo de 65 a 79 años (25,7%).

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de la muestra (n=35)

Variables sociodemográficas	Rango	n (%)	Media (DE)
Edad (años)	20-34 años	1 (2,9)	61,29 (13,9)
	35-49 años	4 (11,4)	
	50-64 años	16 (45,7)	
	65-79 años	9 (25,7)	
	80-94 años	4 (11,4)	
	95-109 años	1 (2,9)	
Género	Femenino	26 (74,3)	NA
	Masculino	9 (25,7)	
Parentesco	Hijo/a	18 (51,4)	NA
	Cónyuge/pareja	16 (45,7)	
	Madre/padre	NA	
	Yerno/nuera	1 (2,9)	
	Hermano/a	NA	
	Otros	NA	
Recibe ayuda	Sí	28 (80)	NA
	No	7 (20)	
Otras personas a su cargo	No	28 (80)	NA
	Sí	7 (20)	

Variables sociodemográficas	Rango	n (%)	Media (DE)
Nivel de estudios	Sin estudios	3 (8,6)	NA
	Estudios primarios	10 (28,6)	
	Estudios secundarios	13 (37,1)	
	Estudios superiores	5 (14,3)	
	Perdidos	4 (11,4)	

Nota. n= Frecuencia; DE= Desviación Estándar; NA= No Aplica.

En la Tabla 2 se presentan los índices de tendencia central de las variables de inflexibilidad psicológica (AAQ-II), fusión cognitiva (CFQ), depresión (PHQ-9), sobrecarga del cuidador (Zarit) y dependencia funcional del paciente (Índice de Barthel). La puntuación media en la Escala de Zarit fue de 15,45 (DE = 6,38), lo que indica niveles bajos a moderados de sobrecarga del cuidador en la muestra. Por su parte, la puntuación media en el PHQ-9 fue de 8,17 (DE = 5,36), situándose también en un rango leve a moderado de sintomatología depresiva.

De acuerdo con el punto de corte establecido para la Escala de Zarit ( $\geq 17$ ), quince participantes (42,8%) presentaban sobrecarga del cuidador en el momento del estudio.

Tabla 2. Características de los cuidadores y variables psicológicas y funcionales de los pacientes

Variable	Rango observado	n (%)	Media (DE)	IC95% Media	Mediana (IQR)	% por encima de corte clínico
Edad cuidador/a (años)	29-95	-	61,29 (13,9)	56,6-65,9	50 (42-61)	-
AAQ-II (Inflexibilidad psicológica)	7-45	-	24,2 (10,8)	20,5-27,9	20 (18-30)	36%
CFQ (Fusión cognitiva)	8-45	-	24,3 (10,3)	20,8-27,9	25 (13,5-35)	40%
PHQ-9 (Depresión)	0-27	-	8,2 (5,4)	6,4-10,5	7 (7-11)	66%
Depresión Mínima	-	12 (34,3)	-	-	-	-
Depresión Leve	-	10 (28,6)	-	-	-	-
Depresión Moderada	-	8 (22,9)	-	-	-	-
Depresión Moderada- grave	-	4 (11,4)	-	-	-	-
Depresión Grave	-	1 (2,9)	-	-	-	-
Zarit (Sobrecarga)	7-35	-	15,5 (6,4)	13,3-17,7	14 (12-19)	42,8%
Barthel (Dependencia funcional del paciente)	20-100	-	79,6 (19,9)	72,8-86,4	85 (35-95)	-
Dependencia total	-	-	-	-	-	-
Dependencia Severa	-	8 (22,9)	-	-	-	-
Dependencia Moderada	-	14 (40)	-	-	-	-
Dependencia Escasa	-	4 (11,4)	-	-	-	-
Independencia	-	9 (25,7)	-	-	-	-

Nota. n= Frecuencia; DE= Desviación estándar; IQR= Índice intercuartílico; IC95%= Intervalo de confianza del 95%; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire-II; CFQ= Cognitive Fusion Questionnaire; PHQ-9= Patient Health Questionnaire; - = No aplica.

Los resultados de las correlaciones entre las variables de estudio se presentan en la Tabla 3. El AAQ-II mostró una correlación fuerte y positiva con el CFQ ( $\rho = 0,773$ ;  $p < 0,001$ ). Asimismo, el AAQ-II se correlacionó de forma positiva y moderada con la sintomatología depresiva medida mediante el PHQ-9 ( $\rho = 0,537$ ;  $p < 0,001$ ) de forma positiva, aunque no significativa, con la Escala de Zarit ( $\rho = 0,333$ ;  $p = 0,051$ )

Por su parte, el CFQ mostró una correlación fuerte y positiva con el PHQ-9 ( $\rho = 0,651$ ;  $p < 0,001$ ). En conjunto, estos resultados indican que mayores niveles de inflexibilidad psicológica y fusión cognitiva se asocian con mayor sintomatología depresiva y con una mayor percepción de sobrecarga del cuidador. Asimismo, se observaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre el PHQ-9 y la Escala de Zarit, así como una correlación negativa entre la Escala de Zarit y el Índice de Barthel.

Tabla 3. Correlaciones entre las variables de estudio

Cuestionario (Variable)	AAQ-II (IP)		CFQ		PHQ-9		Escala de Zarit	
	Rho	$\rho$	Rho	$\rho$	Rho	$\rho$	Rho	$\rho$
<b>AAQ-II (IP)</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>CFQ</b>	0,773**	< 0,001	-	-	-	-	-	-
<b>PHQ-9</b>	0,537**	< 0,001	0,651**	< 0,001	-	-	-	-
<b>Escala de Zarit</b>	0,333	0,051	0,328	0,055	0,408*	0,015	-	-
<b>Escala Barthel</b>	-0,316	0,065	-0,087	0,620	-0,179	0,303	-0,381	0,024

Nota: AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire-II; CFQ= Cognitive Fusion Questionnaire; PHQ-9= Patient Health Questionnaire. \*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

En relación con las preguntas dicotómicas, el 80% de los cuidadores informó recibir apoyo de familiares o amigos, conformando el grupo de cuidadores con apoyo social, mientras que el 20% restante indicó no disponer de este apoyo. Asimismo, el 28,5% de los participantes señaló tener otras personas a su cargo, frente al 71,5% que no presentaba esta situación.

A partir de estas variables se realizaron análisis de comparación de medias en los niveles de inflexibilidad psicológica (AAQ-II), fusión cognitiva (CFQ), sintomatología depresiva (PHQ-9) y sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit) entre los grupos definidos por dichas preguntas dicotómicas (Tabla 4 y Tabla 5)

Tabla 4. Comparación de medias (apoyo externo Sí/No)

Prueba	Apoyo externo	N	Media (SD)	W	p valor
AAQ-II	No	7	21,1 (10,6)	78,5	0,433
	Sí	28	24,9 (10,9)		
CFQ	No	7	25 (9,8)	104,5	0,804
	Sí	28	24,1 (10,5)		
PHQ-9	No	7	7 (3,8)	86,5	0,649
	Sí	28	8,5 (5,7)		
ZARIT	No	7	13,1 (6,4)	70,5	0,264
	Sí	28	16 (6,4)		

Nota: Mann-Whitney U Test. SD= Desviación Estándar; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire-II; CFQ= Cognitive Fusion Questionnaire; PHQ-9= Patient Health Questionnaire. ZARIT: Escala reducida de sobrecarga del cuidador

Tabla 5. Comparación de medias (Otras personas a su cargo Sí/No)

Prueba	Otras personas a cargo	N	Media (SD)	W	p valor
AAQ-II	No	25	24,5 (11)	13,5	0,715
	Sí	10	23,5 (10,7)		
CFQ	No	25	23,6 (12,6)	107,5	0,534
	Sí	10	26 (12,9)		
PHQ-9	NO	25	7,6 (4,7)	107,5	0,533
	Sí	10	9,5 (6,8)		
ZARIT	No	25	14 (5,7)	70,5	0,048
	Sí	10	19,1 (6,7)		

Nota: Mann-Whitney U Test. SD= Desviación Estándar; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire-II; CFQ= Cognitive Fusion Questionnaire; PHQ-9= Patient Health Questionnaire. ZARIT: Escala reducida de sobrecarga del cuidador

Finalmente, no se encontró asociación significativa entre las medidas del DME ni del EDM con la sobrecarga emocional de los cuidadores ( $p > 0,05$ ), lo que indica que el estado clínico de los pacientes, registrado en estos instrumentos, no se relacionó directamente con la percepción de carga de los cuidadores en la muestra.

#### 4. Discusión

El presente estudio analiza la relación entre la inflexibilidad psicológica y el malestar emocional en cuidadores principales de pacientes en situación de final de vida, aportando evidencia sobre el papel clave de la flexibilidad psicológica en su bienestar. Mediante un análisis correlacional se evaluaron variables psicológicas de los cuidadores, como la inflexibilidad psicológica, la fusión cognitiva, la sintomatología depresiva y la sobrecarga del cuidador, así como el nivel de dependencia funcional de los pacientes atendidos.

Los resultados mostraron una amplia variabilidad en los niveles de inflexibilidad psicológica entre los cuidadores. Estos hallazgos podrían atribuirse al reducido tamaño de la muestra ( $n=35$ ) o a un posible sesgo de representatividad, dado que solo se logró reclutar al 33% de la muestra potencial. Asimismo, también podrían atribuirse a un sesgo de selección debido a la voluntariedad en la participación. Es posible que los cuidadores con mayor disposición a participar presentaran un mejor estado emocional o mayores recursos de afrontamiento en comparación con aquellos que rechazaron participar.

La comparación de medias reveló que, contrariamente a la literatura previa<sup>(2,37)</sup>, la variable de apoyo externo no mostró diferencias significativas en los niveles de sobrecarga ni en las variables psicológicas analizadas. De esta manera, los cuidadores con mayor apoyo familiar no reportaron menores niveles de estrés asociado al cuidado en comparación con los cuidadores sin apoyo. Estos resultados podrían explicarse por el hecho de que el apoyo se midió en términos cuantitativos (disponibilidad de personas) más que en términos cualitativos o funcionales (calidad o eficacia del apoyo). Por lo tanto, la disponibilidad podría no traducirse necesariamente en una reducción objetiva de las tareas de cuidado ni en una disminución de la carga emocional. Sin embargo, la sobrecarga fue significativamente mayor cuando el cuidador tenía otras personas a su cargo<sup>(6)</sup>, sugiriendo que la presencia de responsabilidades adicionales de cuidado constituye un factor de riesgo relevante para el incremento de la sobrecarga del cuidador, independientemente del apoyo social percibido. Este hallazgo pone de relieve la importancia de considerar no solo la disponibilidad de apoyo externo, sino también la acumulación de demandas de cuidado simultáneas, las cuales podrían limitar la capacidad del cuidador para beneficiarse efectivamente de dicho apoyo.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, se observó que los cuidadores con mayores niveles de inflexibilidad psicológica y fusión cognitiva presentaron mayor carga emocional y una tendencia, cercana a la significación estadística, hacia una mayor sobrecarga física, respaldando parcialmente las hipótesis de partida. Estos resultados coinciden con investigaciones previas que indican que la inflexibilidad psicológica y la fusión cognitiva dificultan la regulación emocional y la adaptación a las demandas del cuidado, aumentando así el estrés y la sensación de carga<sup>(16,17)</sup>. Además, la sobrecarga percibida se relacionó con la sintomatología depresiva en los cuidadores, lo que confirma que mayores niveles de sobrecarga incrementan el riesgo de depresión.

En relación con la fusión cognitiva, este proceso psicológico podría actuar como un mecanismo que amplifica la sobrecarga del cuidador a través de procesos de rumiación y literalidad del pensamiento. De este modo, experiencias internas aversivas —como pensamientos de culpa, preocupación constante por cometer errores en el manejo de los síntomas o la sensación de no estar cuidando “lo suficientemente bien”— pueden ser vividas como verdades incuestionables. Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con cautela, dado que la correlación entre fusión cognitiva y sobrecarga se situó al borde de la significación, lo que indica que, aunque existe una tendencia a relacionarlas, los hallazgos no son concluyentes y requieren estudios adicionales para confirmar la fuerza y la dirección de esta relación.

Tal como se ha observado en investigaciones previas, esta dinámica podría incrementar la activación emocional y reducir la capacidad del cuidador para responder de manera flexible a las demandas del cuidado, contribuyendo a mayores niveles de agotamiento físico y emocional.

Contrariamente a lo esperado, la información clínica de los pacientes (DME y EDM) no mostró relación con la sobrecarga emocional de los cuidadores. Esto podría sugerir que la percepción de carga depende más de la experiencia subjetiva y de factores psicológicos del cuidador que del estado clínico objetivo del paciente."

Finalmente, el principal hallazgo del estudio sugiere que la flexibilidad psicológica podría ser un factor protector para la salud mental de los cuidadores, tal como evidencian investigaciones previas en otras poblaciones. No obstante, estos resultados deben interpretarse con prudencia, ya que aunque indican una tendencia prometedora, se requiere más investigación para confirmar la fuerza y consistencia de esta relación. Estos hallazgos respaldan la necesidad de desarrollar intervenciones específicas para fortalecer la flexibilidad psicológica en los cuidadores atendidos en servicios PADES. Dichas intervenciones podrían consistir en programas breves basados en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), orientados a reducir la carga emocional y física de los cuidadores.

### **Limitaciones**

El presente estudio presenta varias limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra y el diseño transversal impiden establecer relaciones causales entre las variables analizadas y limitan la generalización de los hallazgos. Por otro lado, el reducido tamaño muestral redujo la potencia estadística del estudio, aumentando la probabilidad de no detectar asociaciones significativas entre variables. Asimismo, la baja tasa de participación (se reclutó únicamente al 33 % de la muestra potencial) puede implicar un sesgo de selección, ya que es posible que los cuidadores más sobrecargados o emocionalmente afectados optaran por no participar. Esto podría haber conducido a una infraestimación de los niveles reales de sobrecarga y malestar emocional en esta población, afectando la validez externa del estudio.

Otra limitación destacable es el uso exclusivo de instrumentos de autoinforme, lo que puede haber introducido sesgos de deseabilidad social o dificultades de comprensión en los participantes, especialmente cuando el nivel educativo era bajo. A esto se suma la falta de control de variables clínicas relevantes del paciente (como el tipo de enfermedad, su nivel de malestar emocional, estadio o síntomas neurológicos) y del cuidador (como su propio estado de salud física o mental, la cantidad de tiempo dedicada al cuidado, etc.), factores que podrían estar influyendo en las asociaciones encontradas y que no fueron recogidos en este estudio.

Asimismo, la muestra presenta una diversidad sociodemográfica limitada, restringida a un contexto geográfico concreto y sin variabilidad étnica o cultural destacable, lo que también dificulta la extrapolación de los resultados a otros entornos sociales.

Por último, al tratarse de un estudio transversal, no fue posible analizar la evolución de las variables a lo largo del tiempo, lo cual resulta especialmente relevante en un contexto como el de los cuidados paliativos, donde el impacto emocional y físico del cuidado puede variar de forma significativa a medida que avanza la enfermedad del paciente.

## 5. Conclusiones

En conjunto, las limitaciones expuestas invitan a interpretar los resultados del presente estudio con cautela, y abren la puerta a nuevas líneas de investigación.

Los resultados indican que la inflexibilidad psicológica y la fusión cognitiva se asocian con una mayor carga emocional y muestran una tendencia hacia la significación estadística con la sobrecarga física en cuidadores principales de pacientes en final de vida, mientras que la flexibilidad psicológica podría actuar como un factor protector de su bienestar emocional. La acumulación de responsabilidades de cuidado emerge como un factor de riesgo relevante, más allá del apoyo social percibido. A pesar de las limitaciones metodológicas, los hallazgos apoyan la utilidad de intervenciones breves basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso para promover la flexibilidad psicológica en cuidadores atendidos en servicios PADES.

Sería recomendable que futuros estudios adopten un enfoque longitudinal que permita explorar cómo evoluciona la flexibilidad psicológica y su relación con la sobrecarga y el malestar emocional del cuidador a lo largo del tiempo. Del mismo modo, la incorporación de metodologías mixtas podría enriquecer la comprensión de la experiencia subjetiva del cuidador, combinando análisis cuantitativos con entrevistas en profundidad o grupos focales. Por último, como futura línea de investigación, se plantea la necesidad de evaluar la eficacia de intervenciones breves, estructuradas y adaptadas al contexto paliativo, centradas en el fortalecimiento de la flexibilidad psicológica mediante modelos como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)<sup>(21)</sup>, con el fin de reducir el malestar emocional y mejorar el bienestar de los cuidadores informales en este tipo de servicios.

## Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento al centro Sociosanitario Ricard Fortuny por su apoyo durante la realización de este estudio. Asimismo, agradecemos profundamente a los cuidadores y pacientes que participaron, cuyo compromiso y colaboración han sido fundamentales para llevar a cabo esta investigación.

## 6. Referencias bibliográficas

1. Brighton LJ. Communication in palliative care: Talking about the end of life, before the end of life. *Postgrad Med J* 2016;92:466–70. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj2015-133368>
2. Kehoe LA, Xu H, Duberstein P, Loh KP, Culakova E, Canin B, et al. Quality of life of caregivers of older patients with advanced cancer. *J Am Geriatr Soc* 2019;67:969–77.
3. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs* 2008;108:23–7. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
4. Krämer MD, Bleidorn W. The wellbeing costs of informal caregiving. *Psychol Sci* 2024;35:1382–94. <https://doi.org/10.1177/09567976241279203>
5. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci* 2020;7:438–45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
6. De Korte Verhoef MC, Pasma HRW, Schweitzer BP, Francke AL, OnwuteakaPhilipsen BD, Deliens L. Burden for family carers at the end of life; A mixed-method study of the perspectives of family carers and GPs. *BMC Palliat Care* 2014;13:16. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-16>
7. Maltseva M, SchubertBast S, Zöllner JP, Bast T, Mayer T, von Spiczak S, et al. Sleep quality, anxiety, symptoms of depression, and caregiver burden among those caring for patients

- with Dravet syndrome: a prospective multicenter study in Germany. *Orphanet J Rare Dis* 2023;18(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-023-02697-3>
8. Conde Sala JL, Turró Garriga O, Calvo Perxas L, Vilalta Franch J, Lopez Pousa S, Garre Olmo J. Three-year trajectories of caregiver burden in Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 2014;42:623-33. <https://doi.org/10.3233/JAD-140360>
  9. Longacre ML, Ross EA, Fang CY. Caregiving choice and emotional stress among cancer caregivers. *West J Nurs Res* 2014;36:806-24. <https://doi.org/10.1177/0193945913510211>
  10. Veg aSilva EL, Barrón Ortiz J, Aguilar Mercado VV, Salas Partida RE, Moreno Tamayo K. Quality of life and caregiver burden in caregivers with patients with complications from type 2 diabetes mellitus. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2023;31:440-8. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8200209>
  11. Ranjan LK, Gupta PR. Perceived social support and self-esteem among caregivers of patients with schizophrenia and normal control. *J Community Health Manag* 2023;10:69-74. <https://doi.org/10.18231/j.jchm.2023.016>
  12. Triana L, Sudjatmiko IG. The role of religious coping in caregiving stress. *Religions (Basel)* 2021;12:481. <https://doi.org/10.3390/rel12060440>
  13. Britt KC, Richards KC, Radhakrishnan K, VanagsLouredo A, Park E, Gooneratne NS, et al. Religion, spirituality, and coping during the pandemic: perspectives of dementia caregivers. *Clin Nurs Res* 2023;32:94-104. <https://doi.org/10.1177/10547738221115239>
  14. Jütten LH, Mark RE, Sitskoorn MM. Empathy in informal dementia caregivers and its relationship with depression, anxiety, and burden. *Int J Clin Health Psychol* 2019;19:12-21. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.07.004>
  15. Menéndez Aller Á, Postigo Á, Montes Álvarez P, González Primo FJ, García Cueto E. Humor as a protective factor against anxiety and depression. *Int J Clin Health Psychol* 2020;20:38-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.12.002>
  16. Montaner X, Tárrega S, Moix J. Psychological flexibility, burnout and job satisfaction in dementia care workers. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2021;56:144-51. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.10.004>
  17. Montaner X, Tárrega S, Pulgarin M, Moix J. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in professional dementia caregivers burnout. *Clin Gerontol* 2022;45:915-26. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1920530>
  18. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006;44:1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
  19. Hayes SC, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *Behav Anal* 1994;17:289-303. <https://doi.org/10.1007/BF03392677>
  20. Blackledge PJ, Ciarrochi J. Acceptance and Commitment Therapy: contemporary theory, research, and practice. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM, editors. *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory, Research, and Practice*. Oakland: New Harbinger Publications; 2009
  21. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York: Guilford Press; 1999
  22. Ruiz FJ. Acceptance and Commitment Therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: a systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *Int J Psychol Psychol Ther* 2012;12:333-57. <https://doi.org/10.1159/000365764>
  23. ATjak JGL, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JAJ, Emmelkamp PMG. A metaanalysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom* 2015;84:30-6. <https://doi.org/10.1159/000365764>
  24. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatr Clin North Am* 2017;40:751-70. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
  25. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev* 2010;30:865-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>

26. Ramaci T, Bellini D, Presti G, Santisi G. Psychological flexibility and mindfulness as predictors of individual outcomes in hospital health workers. *Front Psychol* 2019;10:1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01325>
27. Lloyd J, Bond FW, Flaxman PE. The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work Stress* 2013;27:181-99. <https://doi.org/10.1080/02678373.2013.795876>
28. Bijulakshmi P, Kumar VVB. The role of psychological flexibility in the treatment of anxiety disorders: A systematic review. *Arch Med Health Sci* 2025;13:110-14. [https://doi.org/10.4103/amhs.amhs\\_275\\_23](https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_275_23)
29. Tan KP, Ang JK, Koh EBY, Pang NTP, Mat Saher Z. Relationship of psychological flexibility and mindfulness to caregiver burden, and depressive and anxiety symptoms in caregivers of people with dementia. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:4232. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054232>
30. Ruiz FJ, Langer Herrera ÁI, Luciano C, Cangas AJ, Beltrán I. Midiendo la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: Versión española del cuestionario de aceptación y acción II. *Psicothema* 2013;25:123-9. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
31. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther* 2011;42:676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
32. Romero Moreno, Márquez González M, Losada A, Gillanders D. Cognitive fusion in dementia caregiving: psychometric properties of the spanish version of the "cognitive fusion questionnaire." *Psicol Conduct* 2014;22:117-32.
33. GómezGómez I, Benítez I, Bellón J, MorenoPeral P, OlivánBlázquez B, Clavería A, et al. Utility of PHQ2, PHQ8 and PHQ9 for detecting major depression in primary health care: A validation study in Spain. *Psychol Med* 2023;53:5625-35. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002835>
34. Gort A, March J, Gómez X, Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2005;17:651-3.
35. Vázquez FL, Otero P, Simón MA, Bueno AM, Blanco V. Psychometric properties of the Spanish version of the caregiver burden inventory. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:217. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020217>
36. González N, Bilbao A, Forjaz MJ, Ayala A, Orive M, GarciaGutierrez S, et al. Psychometric characteristics of the spanish version of the barthel index. *Aging Clin Exp Res* 2018;30:489-97. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0809-5>
37. Ong HL, Vaingankar JA, Abidin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan ME, et al. Resilience and burden in caregivers of older adults: Moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry* 2018;18:27. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z>
38. Gloster AT, Meyer AH, Lieb R. Psychological flexibility as a malleable public health target: evidence from a representative sample. *J Contextual Behav Sci* 2017;6:166-71. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003>
39. Van Hout M, Contreras M, Mioshi E, Kishita N. The role of experiential avoidance and cognitive fusion in the development of anxiety symptoms among family carers of people with dementia. *J Behav Cogn Ther* 2023;34:100482. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2023.12.001>