

Adaptación y validación del instrumento: Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico

Gerardo Saucedo Pahua

<https://orcid.org/0000-0001-6107-8061>
Universidad de Guanajuato, México;
Instituto Mexicano del Seguro Social, México
g.saucedopahua@ugto.mx

✉ **María de Jesús Jiménez González**

<https://orcid.org/0000-0003-3806-0714>
Universidad de Guanajuato, México
mj.jimenez@ugto.mx

Tirso Duran Badillo

<https://orcid.org/0000-0002-7274-3511>
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México
tduran@docentes.uat.edu.mx

Anel Gómez García

<https://orcid.org/0000-0002-9158-1095>
Centro de Investigación Biomédica de Michoacán
(CIBIMI), México;
Instituto Mexicano del Seguro Social, México
anel.gomez@imss.gob.mx

Herlinda Aguilar Zavala

<https://orcid.org/0000-0003-1032-8192>
Universidad de Guanajuato, México
h.aguilar@ugto.mx

Juan Alberto López González

<https://orcid.org/0000-0001-5751-6137>
Universidad de Sonora, México
juan.lopez@unison.mx

Recibido: 24/03/2025
Enviado a pares: 29/04/2025
Aceptado por pares: 06/10/2025
Aprobado: 20/10/2025

DOI: 10.5294/aqui.2026.26.1.1

Para citar este artículo / Para citar este artículo / To reference this article

Saucedo G, Jiménez MJ, Duran T, Gómez A, Aguilar H, López JA. Adaptation and Validation of the Instrument for Adopting the Role of Family Caregiver for Chronic Patients. *Aquichan*. 2026;26(1):e2611. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2026.26.1.1>

Temática: Procesos y prácticas de cuidado.

Aporte a la disciplina: el estudio aporta una versión adaptada y validada del instrumento Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL) en el contexto mexicano, constituyéndose en un recurso confiable para identificar necesidades, organizar el cuidado y evaluar las respuestas del cuidador. Además, refuerza la aplicación de la teoría de situación específica: adopción del rol del cuidador del paciente crónico, ofreciendo un marco sólido para la práctica y la investigación en este campo.

Resumen

Introducción: la discapacidad por accidente cerebrovascular en el adulto mayor requiere de un cuidador; asumir este rol implica cambios en la vida, desafíos, conocimientos y habilidades. Sin embargo, la falta de instrumentos culturalmente adaptados en México limita la comprensión del proceso de transición a la adopción del rol cuidador. **Objetivo:** adaptar y validar el instrumento adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico colombiano (ROL) en el contexto mexicano. **Metodología:** estudio metodológico de cinco etapas: validación por jueces, corrección de estilo, prueba piloto, propiedades psicométricas y análisis factorial. **Resultados:** índice de validez por ítem, 0,25; criterio de validez, 16 % de error; índice de validez de contenido, 9,32. Los coeficientes de W Kendall: comprensión [84,667/ $p=0,000$], claridad [78,693/ $p=0,000$], relevancia [79,893/ $p=0,000$], precisión [78,693/ $p=0,000$]. Versión final, validez de criterio mediante el análisis de Kaiser-Meyer-Olkin es de 0,78. Esfericidad de Bartlett [$X^2=592,3$, $gl=205$, $p=0,000$]. El análisis factorial confirmatorio mostró un ajuste adecuado del modelo: CFI = 0,70; TLI = 0,66; AIC= 732,3; RMSEA = 0,087 IC [0,079/0,095]. Consistencia interna final de 0,79 por Alfa de Cronbach. **Conclusión:** la adaptación del instrumento ROL en México mantiene los 22 ítems distribuidos en cinco dominios y es una herramienta válida y confiable para medir la adopción del rol cuidador.

Palabras clave (Fuente DeCS)

Traducciones; estudio de validación; cuidador; cuidadores; accidente cerebrovascular.

4 Titulo en inglés pendiente...

Abstract

Pendiente...

Keywords (Source: DeCS)

Pendientes...

Adaptação e validação do instrumento Adoção do Papel de Cuidador Familiar de Paciente Crônico

Resumo

Introdução: A deficiência decorrente do acidente vascular cerebral (AVC) em idosos requer a presença de um cuidador. Assumir esse papel implica mudanças no estilo de vida, além de desafios, conhecimentos e habilidades específicos. No entanto, a escassez de instrumentos culturalmente adaptados no México limita a compreensão do processo de transição para a adoção do papel de cuidador. **Objetivo:** adaptar e validar o instrumento Adoção do Papel de Cuidador Familiar de Paciente Crônico colombiano (ROL) no contexto mexicano. **Materiais e métodos:** estudo metodológico de cinco etapas: validação por juízes, revisão de texto, teste-piloto, propriedades psicométricas e análise fatorial. **Resultados:** O índice de validade por item de 0,25; o erro do critério de validade foi de 16 %; e o índice de validade de conteúdo foi de 9,32. Os coeficientes W de Kendall foram: compreensão (84,667/p = 0,000), clareza (78,693/p = 0,000), relevância (79,893/ p = 0,000), precisão (78,693/p = 0,000). Na versão final, a validade de critério foi analisada por meio do índice Kaiser-Meyer-Olkin, com valor de 0,78, e do teste de esfericidade de Bartlett ($X^2 = 592,3$; gl = 205; p = 0,000). A análise fatorial confirmatória demonstrou um ajuste adequado do modelo (CFI = 0,70; TLI = 0,66; AIC = 732,3; RMSEA = 0,087; IC [0,079-0,095]). A consistência interna final do instrumento foi de 0,79, avaliada pelo alfa de Cronbach. **Conclusão:** A adaptação do instrumento ROL no México mantém os 22 itens distribuídos em cinco domínios, mostrando-se uma ferramenta válida e confiável para medir a adoção do papel do cuidador.

Palavras-chave (Fonte DeCS)

Tradução; estudo de validação; cuidadores; acidente vascular cerebral.

Introducción

En 2021 se estimó que 14 millones de personas en todo el mundo sufrieron un accidente cerebrovascular (ACV); en este sentido, se calcula que cada 53 segundos ocurre un ACV. Como consecuencia de estos episodios, en 2024 algunas organizaciones estimaron que 94 millones de personas viven con discapacidad física y/o cognitiva, como consecuencia de esta afección (1, 2).

En lo que respecta a México, la Secretaría de Salud en 2021 estimó una prevalencia de 170 mil casos de ACV en todo el país (3); de estos el 20 % falleció en los primeros 30 días y siete de cada diez vivieron con algún grado de discapacidad y complicaciones de salud, y necesitaron hospitalización prolongada derivada de la fragilidad del adulto mayor (AM) (4). Ante este hecho, el paciente requiere de la asistencia de un cuidador familiar (CF) que brinde cuidados y acompañamiento a sus necesidades básicas de la vida diaria.

Se define al CF como aquel integrante del núcleo familiar, mayor de 18 años, que se ocupa de brindar cuidados, asistencia física, emocional y espiritual al AM con discapacidad y dependencia en el ámbito hospitalario o domiciliario, además de autogestionar su autocuidado (5).

Aunque el rol CF puede ser asumido por iniciativa o por imposición, conlleva cambios significativos en el estilo de vida, las relaciones sociales y la dinámica familiar. Sin embargo, la mayoría de los cuidadores no cuentan con preparación o capacitación para enfrentar el proceso de cuidado. Este hecho dificulta la transición situacional a la adopción al nuevo rol, generando respuestas poco efectivas que repercuten negativamente la salud y bienestar del cuidador (6).

La transición hacia el rol CF comienza con la necesidad de brindar cuidado al AM, que se caracteriza por sentimientos ambiguos entre los efectos positivos y las dificultades del cuidado, lo cual hace que el cuidador asuma y se adapte a su nueva realidad. Esta transición también se ve afectada por los cambios en las necesidades del paciente, los procesos sociales y la diversidad en las estructuras y dinámicas familiares, lo que puede generar ajustes emocionales, económicos y de organización en el cuidador (7).

La transición está influenciada por factores individuales, sociales y contextuales, que afectan múltiples aspectos de la vida del cuidador, generando cambios en su vida diaria, relaciones familiares y participación social. La asunción del rol se ve acompañada de una sobrecarga emocional y física debido a la falta de preparación previa, lo que resulta en niveles elevados de estrés, fatiga y ansiedad (8). Además, el rol exige adquirir competencias y conocimientos para responder a las necesidades del receptor de cuidado. La diversidad en las dinámicas familiares se relaciona a la existencia del recurso y el grado de compromiso de la red familiar que favorece a la transición del CF (7).

La adopción del rol de cuidador y sus efectos en la diada (cuidador/receptor de cuidados) surgen como consecuencia de la organización, preparación (ejecución del rol) y las respuestas ante el rol mismo, de acuerdo con los procesos personales de cada individuo. En este sentido, se identifica que la adopción del rol del cuidador emerge a partir de la necesidad de cuidado del receptor. Este rol transita a través de una red de interacciones y evoluciona en el tiempo mediante la adquisición de conocimientos, habilidades y estrategias de afrontamiento; el objetivo es satisfacer las demandas vitales del otro, así como también las demandas propias del cuidador y de su rol de cuidador, es decir, apropiarse de su papel de forma adecuada (8).

Adoptar por primera vez el rol de CF representa una transición hacia lo desconocido, que está acompañada de incertidumbre y desafíos. Es fundamental que la enfermería valore este proceso de transición como un fenómeno de interés para la disciplina, desde una perspectiva que considere al cuidador no solo como proveedor de cuidados, sino también como sujeto de cuidado. Desde el marco teórico de la Teoría de las transiciones de Afaf Meleis, junto con la Teoría de situación específica (TSE), adopción del rol del cuidador y la TSE sobre la transición del rol de cuidador familiar de la persona adulta mayor después de un accidente cerebrovascular, se plantea la importancia de implementar intervenciones integrales que preparen a los cuidadores para brindar atención efectiva a pacientes crónicos en el hogar, al tiempo que se facilita la progresión hacia una transición saludable cristalizada en la adopción del rol de cuidador (5, 7-9).

Con base en lo anterior, se desarrolló el instrumento: Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL), que valora la forma de ejecución del rol y las prácticas saludables como patrones de respuesta en tres dimensiones, que son: 1) la ejecución (labores) del rol, actividades instrumentales que realiza el cuidador para mantener la salud del paciente, promover la autonomía y fortalecer su conocimiento; 2) la organización del rol, estrategias para delegar el cuidado entre la red familiar, el autocuidado y la eficiencia del cuidado; y 3) las respuestas ante el rol, actitudes que el cuidador realiza para reconocer que su rol es importante (9).

El instrumento ROL fue diseñado y validado para medir el concepto y los atributos de este en el contexto colombiano, consta de 22 ítems medidos en una escala tipo Likert con 5 opciones, que van desde 1 (Nunca) hasta 5 (Siempre). Los puntos de corte se dividen en tres categorías, y los mayores puntajes indican una adopción satisfactoria del rol (9); el indicador, por su sencillez y fácil autoadministración, lo convierte en una herramienta útil y segura; sin embargo, es necesario hacer la adaptación cultural y la validación para su uso en CF del paciente crónico en México.

El instrumento ROL representa una herramienta idónea para su adaptación cultural y lingüística en la población mexicana, en concordancia con los criterios metodológicos propuestos por (10) para la validación y adaptación de instrumentos psicométricos. El instrumento está disponible en español, lo cual facilita la comparación entre la versión de Colombia y México, según las propiedades lingüísticas entre ambos países. Además, el indicador es breve y sencillo de administrar, calificar e interpretar. Asimismo, presenta adecuadas propiedades psicométricas, equivalencia, validez interna y externa, así como confiabilidad (9).

Dada nuestra realidad cultural, es indispensable realizar los procesos de adaptación transcultural y validación del instrumento ROL para garantizar su disponibilidad y utilidad en la población de interés (11); este proceso brinda la oportunidad de profundizar en la comprensión del concepto y fenómeno que mide el instrumento, identificando palabras y expresiones lingüísticamente culturales y específicas (10). Esto puede enriquecer el instrumento con nuevos ítems o perspectivas, siempre bajo la premisa de garantizar la equivalencia conceptual y semántica respecto a la versión original (12). Además, fortalece la utilidad del instrumento y contribuye a la validación de la TSE de Adopción del rol del cuidador, enriqueciendo significativamente el desarrollo disciplinar de la enfermería (6).

De esta manera, la adaptación transcultural de indicadores empíricos (IE) resulta clave para contar con herramientas válidas y pertinentes al contexto sociocultural de aplicación. Derivado de esto, el presente estudio tiene como objetivo adaptar y validar el instrumento adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL) en el contexto mexicano.

Metodología

Estudio metodológico que se efectuó en cinco etapas: 1) validación por jueces; 2) corrección de estilo; 3) prueba piloto; 4) propiedades psicométricas; 5) análisis factorial (10). La investigación fue descrita con base en los criterios adoptados por la lista de chequeo del Consensus-Based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) (13).

La muestra fue recolectada en diversas instituciones públicas del sector de salud, de la zona Occidente, Centro, Centro-sur y Norte de México. Estas instituciones fueron seleccionadas con la finalidad de fortalecer la validez, generalización, representatividad y replicabilidad de la adaptación del instrumento.

La población estuvo conformada por CF de sobrevivientes de ACV con discapacidad y dependencia derechohabientes del IMSS.

Etapa 1. Validación por jueces

La revisión, evaluación y validación de contenido fue realizada por expertos de manera simultánea e independiente, el comité se integró por método de reclutamiento de bola de nieve (14), los criterios de inclusión fueron: poseer el grado de doctor en ciencias en enfermería y tener experiencia en estudios de validación; se enviaron veintidós invitaciones (10), tras la aceptación, se remitió a cada experto una carta de consentimiento informado y de confidencialidad respecto al material a analizar y evaluar. Posteriormente, se les hizo llegar el material teórico correspondiente, así como el instrumento a valorar.

Para evaluar la validez facial cuantitativa, se proporcionó a los jueces el manual técnico del instrumento y marco teórico. En la descripción operativa, se solicitó evaluar cada ítem del instrumento en términos de comprensión, claridad, relevancia y precisión del constructo (15). La evaluación se realizó mediante una escala tipo Likert de cinco puntos donde: 0= definitivamente no está relacionado, 1= no relacionado, 2=no seguro de su relación, los reactivos requieren más revisión, 3= relacionado, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones y 4=extremadamente relacionado (10).

Con relación a la validación facial cualitativa, se solicitó a los jueces realizar observaciones cualitativas y sugerencias para cada ítem del instrumento en términos de redacción, claridad, relevancia, precisión, etc. El investigador principal del estudio, tras la recopilación de las observaciones y sugerencias de los jueces, lo envió por correo al comité de revisión para analizar y evaluar las observaciones emitidas. Por consenso de ideas y opiniones, los cambios y modificaciones a los ítems fueron respaldados por la evidencia empírica y teórica; de esta forma se obtuvo la primera versión del instrumento ROL-México.

Etapa 2. Corrección de estilo

Un profesor con grado de maestría en filosofía y letras, experto en lingüística del idioma español (10, 15), de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, revisó la sintaxis, coherencia, claridad y concisión adecuadas para mejorar la redacción de las oraciones de cada ítem del instrumento. De esta forma se obtuvo la segunda versión del ROL-México.

Etapa 3. Prueba piloto

En la prueba piloto (PP) se aplicó la segunda versión del instrumento en una muestra inicial de treinta CF, en el HGRN01 del IMSS, en el estado de Michoacán, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión presentados en la sección correspondiente, Se obtuvo el consentimiento informado tras explicar el obje-

tivo del estudio, las actividades a realizar y la participación voluntaria. La información recabada fue codificada, evitando el uso de datos personales identificables en los reportes o análisis. Los documentos físicos firmados, así como los resultados se encuentran resguardados bajo llave en el archivo institucional, mientras que las bases de datos digitales están almacenadas en servidores de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, protegidas con contraseña y con acceso exclusivo para el investigador responsable de correspondencia.

La prueba desempeñó un papel fundamental en la estabilización del instrumento de evaluación. Este proceso se centró en dos aspectos principales: la factibilidad del instrumento en términos de tiempo de respuesta y la claridad en la redacción de los ítems para los sujetos de interés. El objetivo fue que los participantes pudieran generar nuevas evaluaciones y correcciones (10).

Los resultados se remitieron al comité de expertos para su análisis y para que hicieran propuestas a las modificaciones finales de la adaptación; tras este proceso, el comité de revisión generó una tercera versión del ROL-México. La versión original y la versión adaptada al contexto mexicano fueron enviadas a los autores intelectuales del instrumento, quienes aceptaron las modificaciones e indicaron estar de acuerdo para la siguiente etapa del proceso, análisis psicométrico y prueba final.

Etapas 4. Propiedades psicométricas

Con los resultados de la PP de la segunda versión del ROL-México, se establecieron las propiedades psicométricas preliminares del instrumento. Mediante el análisis factorial exploratorio (AFE) se determinaron las dimensiones del instrumento, incluyendo el número de ítems de cada sección; se determinó una matriz de correlación mayor a 0,30. La consistencia interna preliminar de la PP se evaluó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach (10).

Etapas 5. Análisis factorial

La tercera versión del ROL-México “versión final”, fue aplicada en una muestra significativa. El objetivo fue obtener un tamaño de efecto aceptable y resultados válidos y confiables (10). Para lograr la última versión del instrumento, se realizó el análisis factorial confirmatorio (AFC), con el propósito de confirmar teóricamente si al rotar los ítems se agrupan estadísticamente las secciones o dimensiones (de ahora en adelante factores) (16).

Previo al AFC, se verificó la normalidad de los datos, la homocedasticidad de la varianza, la homogeneidad muestral y la ausencia de colinealidad. Con base en estos supuestos, se aplicó la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), con valores cercanos a la unidad y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < .05$), con lo que se confirma la pertinencia del análisis factorial. Poste-

riormente, el AFC se llevó a cabo mediante el software AMOS Graphics 23 (17), y se utilizó el método de máxima verosimilitud para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento.

Criterios de selección

Se incluyeron CF de sobrevivientes de ACV con discapacidad física o cognitiva, mayores de 18 años que cumplieran con una jornada diaria dedicada al cuidado del paciente, que llevaran más de un mes en el rol de cuidador y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio, firmando el consentimiento informado. Se excluyeron CF cuya lengua materna no fue el español.

Muestra

Se determinó un tamaño muestral de 250 participantes con base en un nivel de significancia alfa de 0,05, una potencia del 80 %, y una carga factorial de 0,35 (18, 19).

Tratamiento y análisis de datos

La captura, organización, procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo en el programa estadístico para las ciencias sociales en su versión 26 (SPSS.V26). Los datos paramétricos se expresaron con media y desviación estándar (DE). Los datos no paramétricos se expresaron con estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central.

La validación de contenido se calculó mediante el índice de validez de contenido (IVC). Se calcularon los siguientes índices: índice de validez por ítem (IVI) (proporción de ítems ≥ 3 /total de jueces). Criterio de validez (CV) (= IVI/total de ítems). El IVC global fue calculado con la proporción de ítems ≥ 3 /el total de ítems. Los valores de IVC próximos a la unidad se consideraron aceptables. Los datos fueron calculados en Microsoft Excel for Windows®, se hicieron las mediciones de las variables cuantitativas y las de frecuencia de las variables cualitativas (10).

La confiabilidad de la escala se evaluó mediante el análisis de consistencia interna, empleando el coeficiente Alfa de Cronbach con un criterio de aceptación superior a 0,7 (10).

Para determinar el grado de concordancia entre los evaluadores, se ejecutó el análisis W de Kendall. El valor de (W) Kendall varía entre 0 y 1, donde 1 indica una concordancia total; los valores aceptables fueron de 0,90 y 0,74, respectivamente (10). Para los ítems que no alcanzaron la puntuación mínima establecida, se analizaron e incorporaron al instrumento a sugerencia de los expertos (10, 13, 19). Para medir la validez de criterio del instrumento, se aplicó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (con valores

cercanos a la unidad), además de la prueba de esfericidad de Bartlett (chi-cuadrado $p < 0,05$, y nivel de confianza de 95%), que determina la ausencia de correlaciones entre las variables (colinealidad) (12). Para medir las propiedades psicométricas se realizó el AFC por medio del Amos Grafics 23, considerando el método de máxima verosimilitud (17). Fueron establecidos los siguientes indicadores de ajuste: A) El indicador χ^2 (chi-cuadrado) evalúa la probabilidad de que el modelo teórico se ajuste a los datos; deseando un valor bajo. Sin embargo, es más común usar la razón con el grado de libertad ($\chi^2/\text{gl.}$), donde el valor máximo de 3 indica un ajuste adecuado (12). B) Comparative Fit Index (CFI) y Tucker-Lewis Index (TLI) son dos indicadores que evalúan el ajuste del modelo estimado frente al nulo, se consideran los valores cercanos a 1 como satisfactorio. En general, los puntajes superiores a 0,90, afirman que el modelo presenta adecuaciones del constructo. C) Criterio de información de Akaike (AIC). Cuanto más pequeño sea el valor del AIC, mejor es el ajuste del modelo por ser más parsimonioso. Estos valores se alcanzan con modelos que tengan pocos parámetros estimados y bajos valores de X^2 . D) Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) es un índice cuyos valores deben ser inferiores a 0,05; en casos de muestras grandes, se acepta el valor 0,08 (12).

Aspectos éticos

Se obtuvo autorización por escrito de la autora intelectual del IE, en adjunto se recibió el instrumento, ficha técnica de evaluación e interpretación. El proyecto fue aprobado por el Comité Nacional de Investigación Científica del IMSS, con número de registro R-2024-785-035. Se obtuvo en papel el consentimiento informado tras explicar el objetivo del estudio y la voluntariedad de la participación de los cuidadores en la segunda fase. La información se recabó mediante un formulario digital aplicado en tableta y codificado para garantizar confidencialidad. Los documentos físicos firmados quedaron bajo resguardo institucional y las bases de datos digitales se almacenaron en servidores de la Universidad de Guanajuato, protegidos con contraseña y acceso exclusivo del investigador responsable.

Resultados

Etapas 1: de las 22 invitaciones enviadas a formar parte del Comité de expertos, 17 doctoras en enfermería aceptaron y firmaron de manera voluntaria el consentimiento informado y de confidencialidad. Finalmente 16 cumplieron la ronda de evaluación, estableciéndose así el comité.

El comité llevó a cabo dos rondas de análisis, una antes de la prueba previa final de la versión disponible, y otra después de la prueba previa final. En la primera, se calcularon los valores IVC y W de Kendall para determinar el grado de concordancia entre los evaluadores en términos de coherencia, claridad, relevancia y suficiencia que se muestran en la tabla 1.

Respecto a la validez de contenido, se logró a través de la técnica de jueces, se obtuvieron los siguientes resultados: el IVI fue de 0,25 y el IVC de 0,01 que representa un 16 % de posibilidad de error; el IVC fue de 9,32, es decir aceptable.

El coeficiente de Kendall (W) para la coherencia fue de 84,667 y presentó significancia estadística ($p= 0,000$). Para la claridad, el coeficiente fue de 78,693 ($p= 0,000$); para la relevancia, se obtuvo un valor de 79,893 ($p= 0,000$); y para la suficiencia, el coeficiente fue de 78,693 ($p= 0,000$). En consecuencia, se observa una concordancia en las mediciones realizadas por los jueces (tabla 1).

Tabla 1. Coeficiente W de Kendall obtenido en la ronda de evaluación de expertos – México, 2025

Evaluación	W de Kendall*	N	Chi-cuadrada	Significancia
Coherencia	0,252	16	84,667	<0,000
Claridad	0,234	16	78,693	<0,000
Relevancia	0,238	16	79,893	<0,000
Suficiencia	0,234	16	78,693	<0,000

Fuente: elaboración propia, 2025.

Se evaluaron 22 ítems relacionados; en consecuencia, se observó una concordancia en las mediciones realizadas por los jueces (20). En cuanto a la evaluación cualitativa, los evaluadores no generaron modificaciones a los ítems. De igual manera, durante la fase de corrección de estilo, el revisor no realizó modificaciones en la sintaxis, coherencia, claridad, así como tampoco en la consistencia del texto.

Etapas 2: después de la evaluación del IE, se dictaminó parsimonia en la sintaxis, coherencia, claridad y consistencia de cada ítem.

Etapas 3: la PP se aplicó a 30 CF de sobrevivientes de ACV hospitalizados en el HGRN01 del IMSS, Michoacán, el alfa de Cronbach preliminar fue de 0,822. En cuanto al tiempo de aplicación la media de respuesta fue de 9 minutos, aproximadamente; en cuanto a la claridad en el ítem 4, los participantes, 5, 8, 12, 16 y 22 expresaron no comprender que significaba al termino “rol”; así como, en el ítem 18 los participantes 8, 16 y 22 manifestaron dudas sobre qué se entendía por “necesidades de cuidado”; en ambos casos los participantes sugirieron incluir ejemplos para facilitar la comprensión. Los evaluadores, por consenso y basándose en la evidencia científica agregaron los ejemplos: para roles (ítem 4): esposo(a), padre/madre de familia, trabajador, estudiante, para necesidades de cuidado (ítem 18): comer, bañarse, ir al baño, vestirse y desplazarse.

Las modificaciones se presentaron de nuevo a los participantes, quienes refirieron que ahora estaban más claras; en este sentido, se obtuvo la tercera versión del ROL-México, que fue enviada

a los autores intelectuales para su aprobación, para después continuar con las siguientes etapas de validación.

Etapa 4: contexto de la muestra, los 250 participantes provenían de tres estados del país: 56 % (140) de Michoacán, 24,8 % (62) de Ciudad de México y 19,2 % (48) de Guanajuato. En cuanto a las características demográficas, 68 % (170) eran mujeres y 31,6% (79) hombres, con una media de edad de 45,3 ($DE= 13,5$) años. El estado civil de los participantes reflejaba que 50,4 % (126) eran casados, 22 % (55) solteros, 13,6 % (34) estaban en unión libre, 6 % (15) estaban separados, 4,8 % (12) divorciados y 3,2 % (8) eran viudos.

En cuanto a salud, el 58,4 % (146) no reportaba enfermedades. Sin embargo, el 13,6 % (34) presentaba más de dos enfermedades crónicas no transmisibles; el 9,2 % (23) tenía hipertensión arterial, el 3,6 % (9) diabetes tipo 2, el 2,8 % (7) depresión, el 6 % (15) tenía alguna otra enfermedad; el 2,4 % (6) presentaba ansiedad, el 1,6 % (4) hipercolesterolemia, el 1,6 % (4) artritis reumatoide, y el 0,8 % (2) insuficiencia cardíaca.

En cuanto a la identidad religiosa, 81,6 % (204) eran católicos, 9,6 % (24) cristianos, el 4 % (10) agnósticos, 1,6 % (4) evangélicos, 0,6 % (4) testigos de Jehová y 0,6 % (4) ateos. En términos de escolaridad, los participantes tenían una escolaridad promedio de 11,8 años de estudio, lo que equivale aproximadamente a educación secundaria completa.

En cuanto a la convivencia, casi la mitad 47,6 % (119) vivía con su esposo (a), mientras que el 14,8 % (37) vivía con su mamá; 12,8 % (32) vivía con los hijos, 10,8 % (27) vivía solo, 10,4 % (26) vivía en pareja y 3,6 % (9) vivía con el padre. La ocupación de los cuidadores era variada dado que un tercio 32,4 % (81) eran amas de casa, seguido del 26,8 % (67), empleados u obreros; el 17,6 % (44) eran trabajadores profesionales en una empresa de gobierno, el 16 % (40) estaban sin empleo, 4 % (10) eran jornaleros, el 1,6 % pensionados y/o jubilados y solo el 1,2 % (3) trabajaban por su cuenta.

En cuanto a la economía, 22,4 % (56) de los cuidadores percibían entre \$3,000 a 4,999 MXN mensuales, mientras que el 22 % (55) recibían entre \$8,000 a 12,999 MXN; el 15,2 % (38) percibían menos de \$3,000, 14,8 % (37) prefirió no responder, el 12,8 % (32) entre \$6,000 y 7,999; 9,6 % (24) de \$4,000 a 5,999 y solo el 3,2 % (8) no sabía.

En promedio, los cuidadores dedicaban 13,3 horas semanales a esta tarea, distribuidas en una media de 5,7 días a la semana, el tiempo que llevaban en el rol de cuidador era de 14,9 meses. En cuanto a las redes de apoyo, el 52,2 % (131) de los participantes recibía apoyo del núcleo familiar y el 22,8 % (57) no contaba con ningún tipo de apoyo. Por otro lado, el 19,6 % (49) tenía más de dos recursos de ayuda, el 1,6 % (4) recibía apoyo económico y el 1,6 % (4) contaba con apoyo psicológico, mientras que el 1,2% tenía otros apoyos y solo el 0,8% recibía apoyo religioso.

Etapa 5: para validar la media del contenido del instrumento se realizó el AFE así como el AFC. Se inició el análisis aplicando la prueba de KMO para medir la adecuación muestral, obteniendo un resultado de 0,781, que se considera aceptable. Posteriormente, se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett, que arrojó un Chi-cuadrado de 1495,378, con 231 grados de libertad y una significancia de ($p=0,000$). El análisis factorial identificó seis factores, explicando un 57,128 % de la varianza total (tabla 2). La fiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,791, es decir, aceptable.

Tabla 2. Varianza explicada con rotación Varimax ($n=250$) – México, 2025

Factor	Valores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,162	23,465	23,465	2,527	11,486	11,486
2	1,989	9,040	32,505	2,339	10,633	22,119
3	1,618	7,356	39,861	2,288	10,400	32,518
4	1,458	6,626	46,487	2,093	9,516	42,034
5	1,276	5,798	52,285	1,934	8,789	50,823
6	1,065	4,843	57,128	1,387	6,305	57,128

Fuente: elaboración propia, 2025.

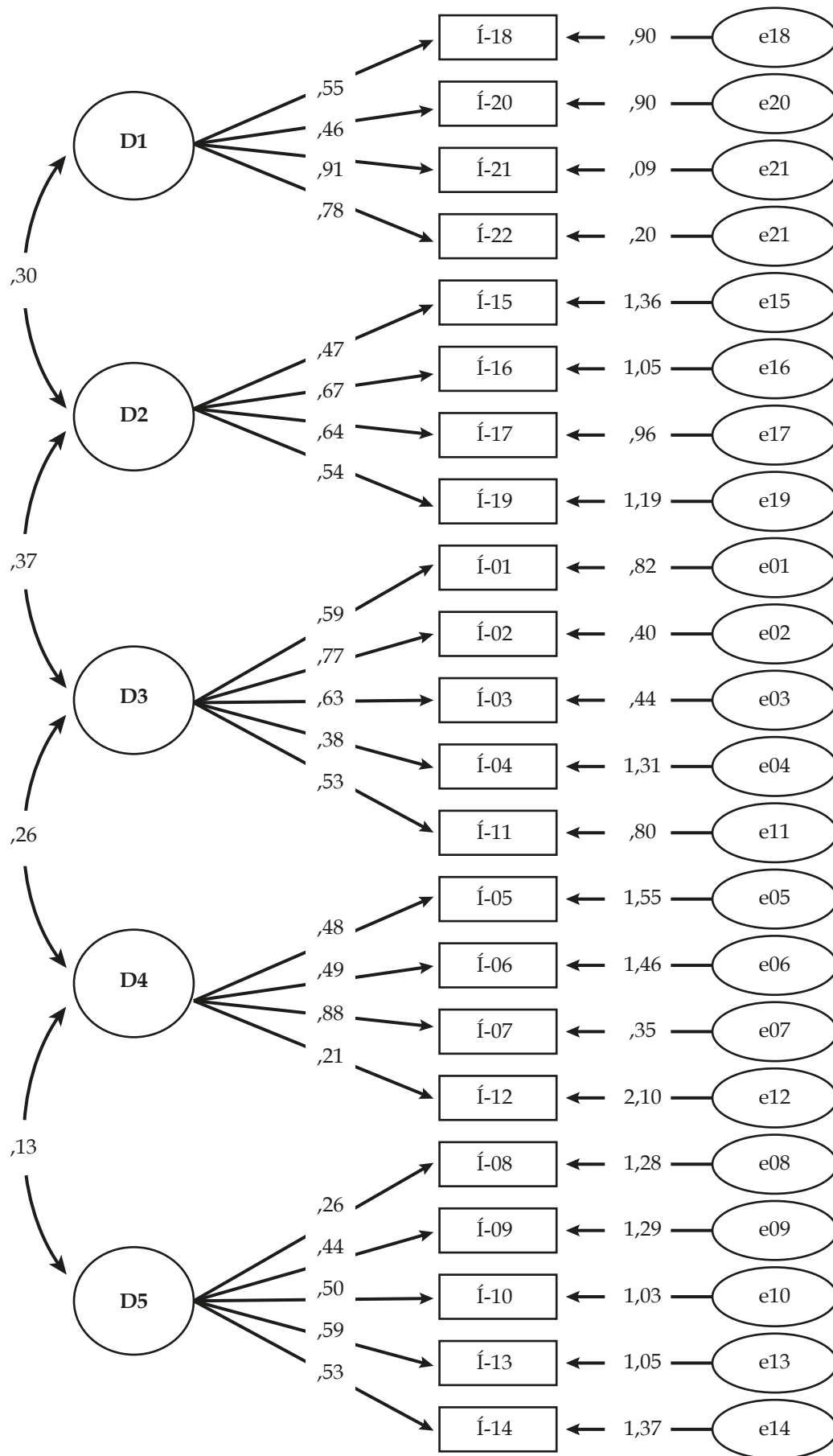
En cuanto a los resultados de las propiedades psicométricas, se procedió a realizar el AFE mediante el método de rotación Varimax con Kaiser para establecer los factores del instrumento (10, 21) (tabla 3). El resultado del análisis fue satisfactorio, ya que la mayoría de los ítems solo cambiaron a otro factor de la escala. No obstante, dado que en la versión mexicana la mayor varianza explicada se concentró en los primeros cinco factores, se decidió conservar estos, y el sexto factor, que contenía un único ítem (12); se integró al cuarto factor, con el cual compartía la mayor carga factorial, evitando así la conformación de una dimensión aislada con un solo reactivo.

Ítem	Factores (dimensiones)					
	1	2	3	4	5	6
1	0,183	0,179	0,609	0,193	0,163	0,172
2	0,168	0,167	0,692	0,277	0,131	0-,274
3	0,238	0,063	0,680	0,123	0,074	0-,118
4	0,075	0,148	0,627	0-,208	0-,048	0,012
5	0,159	0-,080	0,049	0,649	0,020	0,347
6	0-,189	0,193	0,015	0,741	0-,054	0-,186
7	0,054	0,091	0,148	0,766	0,060	0,133
8	0-,191	0-,072	0,120	0-,269	0,538	0-,401
9	0,318	0,172	0-,076	0,211	0,470	0-,241
10	0,270	0,081	0,227	0,302	0,509	0-,002
11	0,393	0,182	0,411	0,109	0,276	0,046
12	0-,065	0-,031	0-,078	0,124	0,066	0,792
13	0,137	0,071	0,043	0-,027	0,698	0,015
14	0,006	0,077	0,099	0-,036	0,684	0,384
15	0,048	0,641	0,189	0-,146	0,091	0,070
16	0,215	0,699	0,005	0,228	0,150	0-,023
17	0,084	0,725	0,051	0,218	0,046	0-,176
18	0,469	0,466	0,328	0-,036	0-,021	0,061
19	0,100	0,653	0,202	0,024	0,006	0,028
20	0,576	0,122	0,107	0,013	0,151	0-,207
21	0,812	0,132	0,258	0,045	0,112	0,021
22	0,821	0,115	0,188	0-,036	0,036	0,120

Fuente: elaboración propia, 2025.

Etapas 6: se llevó a cabo el AFC utilizando el método de estimación de máxima verosimilitud (ML). Los resultados del AFC indican un buen ajuste global del modelo de medición bidimensional propuesto ($X^2 = 592,353$, $gl = 205$, $p = 0,000$; CFI = 0,70; TLI = 0,66; AIC= 732,3; RMSEA = 0,087 IC [0,079/0,095]). Los coeficientes de regresión sugieren que los factores explican una proporción aceptable de la varianza de los ítems (figura 1). La correlación entre los cinco factores oscila entre 0,13 a 0,37, lo que indica que están relacionados, pero sin problemas de colinealidad.

Figura 1. Varianza entre ítems y correlación entre factores – México, 2025



Fuente: elaboración propia, 2025.

En la tabla 4 se presenta el total de factores y la denominación de las dimensiones, así como el número de ítems que integran la versión final de instrumento, adaptadas específicamente para su aplicación en el contexto de México.

Tabla 4. Factores y dimensiones del instrumento en su versión final – México, 2025

ROL-Colombia			ROL-México		
N.º	Dimensión	Ítem	N.º	Dimensión	Ítem
1	Respuestas ante el rol	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.	1	Ejecución del rol: atención centrada en el bienestar y la relación familiar.	18, 20, 21, 22.
2	Organización del rol	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.	2	Ejecución del rol: autogestión y preparación del rol.	15, 16, 17, 19.
3	Labores (Ejecución) del rol	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.	3	Respuestas ante el rol: significado del rol cuidador.	1, 2, 3, 4, 11.
			4	Respuestas ante el rol: impacto emocional.	5, 6, 7, 12.
			5	Organización del rol.	8, 9, 10, 13, 14.

Fuente: elaboración propia 2025.

El instrumento ROL-Colombia y ROL-México se presentan como anexos del manuscrito.

Discusión

El objetivo de este estudio fue adaptar y validar culturalmente el instrumento ROL en población mexicana. Los resultados demostraron que la versión adaptada presenta una adecuada confiabilidad ($\alpha=0,791$) y una estructura factorial consistente con la versión colombiana, utilizando el método Varimax (9). Esto proporciona un indicador empírico para medir la ejecución del rol y las prácticas saludables asociadas en el contexto mexicano (6, 22).

El proceso de adaptación cultural siguió de manera estricta las recomendaciones de la literatura (10, 13, 15). Entre ellos, el método COSMIN, considerado como el más común y recomendado para este proceso, con reconocimiento a nivel internacional (13). La validez intercultural es uno de los tres tipos del constructo, que permite medir el grado en que los componentes de una medida traducida tienen la misma equivalencia que el instrumento original. Aunque el instrumento sea del mismo idioma, las recomendaciones por diversos autores sugieren que se debe hacer la adaptación cultural, debido a los cambios de expresiones coloquiales y diferencias en la forma de escritura, para poder lograr la equivalencia (15, 19, 23).

En la ejecución de la PP, se identificaron dos términos poco comprendidos por los participantes. Estos términos fueron “roles” y “necesidades de cuidado”, que se encontraban en los ítems 4 y 18. Por

esta razón, se realizaron pequeños cambios, que consistieron en agregar ejemplos para una mejor comprensión y coherencia de los ítems por parte de los lectores. La literatura especializada en el tema reporta que existen dos enfoques de traducciones (asimétricas y simétricas). El enfoque tomado para este estudio fue el simétrico, debido a que es el enfoque metodológico más recomendado por que se refiere a la fidelidad del significado y coloquial tanto del idioma de origen como el de destino. El propósito era lograr una equivalencia semántica entre el instrumento de origen al instrumento adaptado (19, 24). Estas directrices garantizaron la parsimonia en la sintaxis, coherencia, claridad y consistencia del instrumento.

La prueba psicométrica de la versión final del instrumento requiere de la aplicación en una muestra, la cual debe ser reclutada de manera aleatoria para lograr la representatividad en la población objetivo. El tamaño de la muestra dependerá del enfoque psicométrico (10). Diversos autores recomiendan el enfoque de ítem por persona requerida (1:5, 1:10, 1:50), sugiriendo el más recomendado para estudios de adaptación cultural (AC) es el 1:10 (19,25). Otro enfoque propone el uso de las cargas factoriales a través del análisis de potencia; considerando los grados de libertad, con un nivel alfa (0,05 o 0,01) y una potencia estadística \geq de 80 % (18, 25).

En general, en la mayoría de los estudios de AC reportan el método de personas por ítems y seleccionados por conveniencia (26), y otros con el enfoque del análisis de potencia (27). Aunque la determinación de un tamaño de muestra adecuado es una cuestión crítica, no hay un consenso o norma que se aplique a todas las situaciones. Lo sugerido por los críticos del tema, hacen referencia al uso de métodos necesarios para lograr una potencia estadística y una precisión adecuada de las estimaciones de los parámetros en estudios de AFC (28).

La validez de contenido fue avalada y respaldada por un panel de expertos con amplia experiencia, imparcialidad y capacidad de evaluar el contenido, lo que garantiza la pertinencia y aplicabilidad del instrumento en la población objetivo. Sin embargo, se obtuvo una concordancia aceptable (IVI de 0,25 y un IVC de 0,01), en contraste con la versión colombiana, que reporta una concordancia alta (29). El AFE indicó una estructura de seis factores que explican el 57,12 % de la varianza total, tres factores más que la versión colombiana. No obstante, dado que en la versión mexicana la mayor varianza explicada es para los primeros cinco factores, se decidió conservar estos y el sexto factor, que contaba con un solo ítem, y que fue agregado al factor cuatro con el que compartía la mayor carga.

Los ítems que presentaron diferencias respecto a la versión original fueron: ítems 11, 12 y 15. El instrumento mostró una buena consistencia interna total ($\alpha = 0,791$), así como en cada

uno de sus componentes ($\alpha = 0,724, 0,682, 0,706, 0,568$ y $0,581$). En comparación, la versión original del ROL reportó un valor global de consistencia interna de $0,816$, con valores específicos para cada componente: ejecución del rol ($\alpha = 0,767$), organización del rol ($\alpha = 0,835$) y respuestas ante el rol ($\alpha = 0,801$) los cuales son positivos y confiables (12).

En los estudios de adaptación cultural es imprescindible evaluar la equivalencia factorial (invarianza dimensional, configural, métrica, escalar y residual), en caso de no cumplir con alguna de las equivalencias, atribuidas al sesgo de las respuestas o de moderación (respuestas extremas), se sugiere realizar un estudio en donde se valore de manera directa la invarianza entre grupos (19, 30).

Cabe señalar que los índices de ajuste obtenidos reflejan una discrepancia significativa entre el modelo teórico y los datos observados, con un CFI bajo ($0,70$) y un TLI igualmente insuficiente ($0,66$), esto indica que el modelo no logra explicar adecuadamente los datos, incluso considerando su nivel de complejidad. Una posible explicación es que este no representa correctamente las relaciones entre las variables en la población estudiada (12). Es relevante señalar que el modelo teórico fue planteado cuatro años después del IE (6,8), lo que sugiere que el constructo de adopción del rol en 2018, desde la perspectiva de la TSE de adopción en 2022, se ha ampliado y relacionado significativamente con más variables. Además, el instrumento en México se aplicó a una muestra homogénea, lo cual podrían haber afectado la capacidad de explicación lógica del modelo.

Ante estos resultados, se propone que en los próximos estudios de adaptación del instrumento en otros contextos se consideren las siguientes medidas: a) realizar una segunda ronda con los mismos expertos para reexaminar los ítems, proporcionando previamente la retroalimentación emitida por los demás expertos; b) revisar los ítems que obtuvieron puntajes bajos, identificando posibles áreas de mejora en su redacción, para garantizar mayor la claridad y precisión; c) revisar cualquier ítem que presente una discrepancia para al menos el 15 % de los participantes; d) asegurar un profundo conocimiento del tema y de los principales atributos o características que el instrumento busca medir. Con estas recomendaciones, se podrán evaluar de manera más adecuada las discrepancias entre los evaluadores y, si es necesario, eliminar ítems que generen controversia o carezcan de relevancia (22, 29, 30).

Conclusión

La nueva versión mexicana ROL mantiene 22 ítems, distribuidos en cinco dominios, y es una herramienta válida y confiable para medir la adopción del rol cuidador del paciente crónico. Los resultados obtenidos son consistentes con la versión original, lo que respalda su uso para investigaciones futuras en diversas regiones de México.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Moreira LR, Torres A, Peña A, Palenzuela Y. Enfermedad cerebrovascular en pacientes ingresados en cuidados intensivos. *Rev Ciencias Médicas*. 2020;24(4): e4316. <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4316>
2. World Stroke Organization (WSO). One voice. Annual Report 2024. [Internet]; 2024. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2024_online.pdf
3. Secretaría de Salud México. Enfermedad vascular cerebral, entre las 10 primeras causas de muerte y segunda de discapacidad; 2022. <https://www.gob.mx/salud/prensa/525-enfermedad-vascular-cerebral-entre-las-10-primeras-causas-de-muerte-y-segunda-de-discapacidad>
4. Novak B, Lozano D. Mortalidad en adultos mexicanos de 50 a 80 años de edad con multimorbilidad en un período de observación de 18 años. *Estudios demográficos y urbanos*. 2023;38(1):9-54. DOI: <https://doi.org/10.24201/edu.v38i1.2108>
5. Posada C, Correa L, Castañeda M, Arias-Rojas M, Tellez B. Relación entre la adopción del Rol de Cuidador y la calidad de vida en cuidadores de pacientes con cáncer en tratamiento activo. *The Open Nursing Journal*. 2023;17(1). DOI: <https://doi.org/10.2174/18744346-v17-e230111-2022-127>
6. Im E-O. Properties of Situation-Specific Theories and Neo-pragmatism. *Advances in Nursing Science*. 2021;44(4):114-126. DOI: <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000336>
7. Esquivel N, Carreño S, Chaparro L. Rol del cuidador familiar novel de adultos en situación de dependencia: scoping review. *Revista Cuidarte*. 2021;12(2):e1368. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1368>
8. Arias M, Carreño S, y Chaparro L. Validity and Reliability of the Scale, Role Taking in Caregivers of People with Chronic Disease, ROL. *International Archives Of Medicine*. 2018;11. DOI: <https://doi.org/10.3823/2575>
9. Carreño S, Chaparro L. Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: una herramienta para valorar la transición. *Investigaciones Andina*. 2018;20(36):39-54. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462018000100039&lng=en
10. Landeros E, Morales AL, Lozada E, Galicia RM, Antonio G. Validación y adaptación de instrumentos psicométricos para el avance de la investigación en enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2023;22(3):1-10. DOI: <https://doi.org/10.51422/ren.v22i3.439>
11. Von Dach C, Schlup N, Gschwenter S, McCormack B. German translation, cultural adaptation and validation of the Person-Centred Practice Inventory—Staff (PCPI-S). *BMC Health Services Research*. 2023;23:458. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09483-8>
12. Zaragoza-Salcedo A, Oroviogicoechea C, Saracíbar-Razquin MI, Osácar E. The significance of exploring conceptual equivalence within the process of the cross-cultural adaptation of tools: The case of the Patient's Perception of Feeling Known by their Nurses Scale. *J Nurs Scholarsh*. 2023;55(6):1268-1279. DOI: <https://doi.org/10.1111/jnu.12910>
13. Gagnier JJ, Lai J, Morkink LB, Terwee CB. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res*. 2021;30(8):2197-218. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02822-4>
14. Leighton K, Kardong-Edgren S, Schneidereith T, Foisy-Doll C. Using Social Media and Snowball Sampling as an Alternative Recruitment Strategy for Research. *Clin Simul Nurs*. 2021;55:37-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.03.006>
15. Hinkle JL. The Importance of Cross-Cultural Adaptation of Health Measures. *J Nurs Meas*. 2023;31(4):479. DOI: <https://doi.org/10.1891/JNM-2023-0074>
16. Ávila MM. Análisis factorial confirmatorio: un modelo de gestión del conocimiento en la universidad pública. *RIDE Rev Iberoam Investig Desarrollo Educ*. 2021;12(23). DOI: <https://doi.org/10.23913/ride.v12i23.1103>
17. Collier J. Applied structural equation modeling using AMOS: Basic to advanced techniques. London: Routledge; 2020.
18. Roco Á, Hernández M, Silva O. ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? *Nutr. Hosp*. 2021;38(4):877-878. DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03633>
19. Polit D, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
20. Maskavizan AJ, Poco AN, Calzolari A. Aspectos prácticos del uso del coeficiente de concordancia W de Kendall para el jueceo de cuestionarios en enfermería. *Arandu Poty*. 2023;2(2):23-32.
21. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling, fifth edition*. 5th ed. London: Guilford Press; 2023.
22. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Rev médica Clín Las Condes*. 2020;31(1):85-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.08.003>
23. Curtis AC, Keeler C. Measurement in Nursing Research. *Am J Nurs*. 2021;121(6):56-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000753668.78872.of>
24. Romero KP, Mora OM. Análisis factorial exploratorio mediante el uso de las medidas de adecuación muestral kmo y esfericidad de bartlett para determinar factores principales. *Journal of Science and Research*. 2020;5. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.4453224>
25. Nacci A, Barillari MR, Capobianco S, Fattori B, Berrettini S, Tonacci A, et al. Adaptation and validation of the Italian Singing Voice Handicap Index-10 (SVHI-10-IT). *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. 2023;43(2):114-22. DOI: <https://doi.org/10.14639/0392-100X-N2311>
26. Baattaiah BA, Alharbi MD, Khan F, Aldhahi MI. Translation and population-based validation of the Arabic version of the brief resilience scale. *Ann Med*. 2023;55(1):2230887. DOI: <https://doi.org/10.1080/07853890.2023.2230887>
27. Kenny DA. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 5th ed. THE Guilford Press; 2023.
28. Bernal-García MI, Salamanca Jiménez DR, Pérez Gutiérrez N, Quemba Mesa MP. Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de disección anatómica. *Educación Médica*. 2020;21(6):349-356. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edu-med.2018.08.008>
29. Neufeld SAS, St Clair M, Brodbeck J, Wilkinson PO, Goodyer IM, Jones PB. Measurement Invariance in Longitudinal Bifactor Models: Review and Application Based on the p Factor. *Assessment*. 2024;31(4):774-793. DOI: <https://doi.org/10.1177/10731911231182687>
30. Camargo GE, Sánchez N, Riaño DM, Avila K, Castellanos R del P, González LM. Adaptación transcultural y validación de un contenido del cuestionario Texas Textbook Evaluation Tool (T-TET) de evaluación de libros de texto para ciencias de la salud. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*. 2021;8(2):96-109. DOI: <https://doi.org/10.24267/23897325.675>

Sonia Carreño-Moreno y Lorena Chaparro-Díaz

Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

R	Respuestas ante el rol
Í-1	La experiencia de ser cuidador aporta cosas positivas a mi vida.
Í-2	Siento que hago bien mi trabajo como cuidador.
Í-3	Considero que mi trabajo como cuidador es importante.
Í-4	Pienso que ser cuidador es solamente uno de los roles que tengo.
Í-5*	Siento que dejé de lado mi plan de vida por dedicarme a cuidar.
Í-6*	Me siento mal por no poder hacer más por mi familiar.
Í-7*	Me siento desanimado en mi trabajo como cuidador.
O	Organización del rol
Í-8	Busco espacios de descanso de mi trabajo como cuidador.
Í-9	Procuró ocuparme de mis propias necesidades.
Í-10	Busco fortalecer mis relaciones familiares y sociales para cuidar mejor.
Í-11	Busco aprender día a día de mi experiencia como cuidador.
Í-12*	Pienso que otros no pueden cuidar a mi familiar tan bien como yo.
Í-13	Busco apoyo para solucionar los problemas de cuidado de mi familiar.
Í-14	Comparto con otros la responsabilidad de cuidar a mi familiar.
Í-15	He organizado los recursos económicos para cuidar a mi familiar
L	Labores (ejecución) del rol
Í-16	He buscado la información necesaria sobre los cuidados para mi familiar.
Í-17	Considero que tengo el entrenamiento suficiente para cuidar a mi familiar.
Í-18	Identifico las diferentes necesidades de cuidado de mi familiar.
Í-19	He acomodado los espacios del hogar para cuidar a mi familiar.
Í-20	Procuró mantener la autonomía e independencia de mi familiar.
Í-21	Busco tener buena relación con mi familiar.
Í-22	Procuró buscar la comodidad de mi familiar.

Nota: Í=Ítem

Anexo 2. Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL)-México

R	Respuestas ante el rol: significado del rol cuidador
Í-1	La experiencia de ser cuidador aporta cosas positivas a mi vida.
Í-2	Siento que hago bien mi labor como cuidador.
Í-3	Considero que mi labor como cuidador es importante.
Í-4	Pienso que ser cuidador es apenas uno de los roles que tengo (ejemplo de roles, esposo(a), padre/madre de familia, trabajador, estudiante).
Í-5	Busco aprender día a día de mi experiencia como cuidador.
	Respuestas ante el rol: impacto emocional
Í-6*	Siento que dejé de lado mi plan de vida por dedicarme a cuidar.
Í-7*	Me siento mal por no poder hacer más por mi familiar.
Í-8*	Me siento desanimado en mi labor como cuidador.
Í-9*	Pienso que otros no pueden cuidar a mi familiar tan bien como yo.
O	Organización del rol
Í-10	Busco espacios de descanso de mi labor como cuidador.
Í-11	Procuro ocuparme de mis propias necesidades.
Í-12	Busco fortalecer mis relaciones familiares y sociales para cuidar mejor.
Í-13	Busco apoyo para solucionar los problemas de cuidado de mi familiar.
Í-14	Comparto con otros la responsabilidad de cuidar a mi familiar.
L	Ejecución del rol: autogestión y preparación del rol
Í-15	He organizado los recursos económicos para cuidar a mi familiar.
Í-16	He buscado la información necesaria sobre los cuidados para mi familiar.
Í-17	Considero que tengo el entrenamiento suficiente para cuidar de mi familiar.
Í-18	He acomodado los espacios del hogar para cuidar a mi familiar.
	Ejecución del rol: atención centrada en el bienestar y la relación familiar
Í-19	Identifico las diferentes necesidades de cuidado de mi familiar (por ejemplo, comer, bañarse, ir al baño, vestirse y desplazarse).
Í-20	Procuro mantener la autonomía e independencia de mi familiar.
Í-21	Busco tener buena relación con mi familiar.
Í-22	Procuro buscar la comodidad de mi familiar.

Nota: Í=Ítem