

Escala Adopción del Rol en cuidadores de personas en cuidados paliativos: propiedades psicométricas

doi: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v43n3.123328>

1 Mauricio Arias-Rojas

3 Yesica Marcela Araque Martínez

2 Sonia Carreño-Moreno

Resumen

Objetivo: adaptar la escala de adopción del rol en cuidadores familiares de pacientes en cuidados paliativos y evaluar sus propiedades psicométricas.

Materiales y métodos: se realizó un estudio psicométrico en dos fases. La primera consistió en la adaptación, validación facial y validación de contenido de la escala original. La segunda fase incluyó la evaluación de la validez estructural, la consistencia interna, la validez concurrente, la estabilidad test-retest, la sensibilidad al cambio y la validez de grupos conocidos. Se incluyeron 434 cuidadores familiares de dos instituciones en Medellín, Colombia.

Resultados: la validez facial y de contenido evidenció un índice de validez de contenido de 0,92 en claridad y de 0,88 en relevancia. El análisis factorial confirmatorio no replicó la estructura original, mientras que el análisis factorial exploratorio reveló siete dimensiones que explicaron el 54,7 % de la varianza. La consistencia interna fue adecuada ($\alpha = 0,71$), aunque las dimensiones 5 y 6 presentaron valores más bajos. La estabilidad test-retest mostró un coeficiente de correlación intraclass de 0,815, excepto en la dimensión 5 (0,267). No se observaron cambios significativos en la escala tras la intervención educativa. La escala discriminó entre cuidadores únicos y aquellos con apoyo ($p < 0,001$), así como entre quienes llevaban menos de tres meses frente a más de cuatro meses en el rol ($p = 0,046$).

Conclusiones: la escala de adopción del rol versión cuidados paliativos mostró adecuada validez y confiabilidad inicial, con una estructura de siete dimensiones que refleja la complejidad de la experiencia de cuidado en este contexto. Se recomienda confirmar su estructura factorial y su sensibilidad al cambio en futuros estudios.

Descriptores: Cuidadores; Psicometría; Cuidados Paliativos; Estudio de Validación; Cuidado Terminal (fuente: DeCS, BIREME).

1 Universidad de Antioquia (Medellín, Antioquia, Colombia).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2096-1792>

Correo electrónico: emauro.arias@udea.edu.co

Contribución: Concepción de la idea, recolección de la información, análisis de los datos, escritura y sometimiento del manuscrito final.

2 Universidad Nacional de Colombia (Bogotá, Cundinamarca, Colombia).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4386-6053>

Correo electrónico: spcarrenom@unal.edu.co

Contribución: Concepción de la idea, análisis de los datos, escritura y revisión del manuscrito final.

3 Universidad de Antioquia (Medellín, Antioquia, Colombia).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7673-2829>

Correo electrónico: yesica.araque@udea.edu.co

Contribución: Concepción de la idea, recolección de la información, revisión del manuscrito final.

Cómo citar: Arias-Rojas M; Carreño-Moreno S; Araque Martínez YM. Escala Adopción del Rol en cuidadores de personas en cuidados paliativos: propiedades psicométricas. Av. enferm. 2025;43(3):123328. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v43n3.123328>

Recibido: 14/10/2025

Aceptado: 31/12/2025



ISSN (impreso): 0121-4500
ISSN (en línea): 2346-0261

Role Adoption Scale in caregivers of people in palliative care: Psychometric properties

Abstract

Objective: To Adapt the Role Adoption Scale for family caregivers of patients in palliative care and evaluate its psychometric properties.

Materials and Methods: A psychometric study was conducted in two phases. The first phase involved the adaptation and assessment of facial and content validity of the original scale. The second phase evaluated structural validity, internal consistency, concurrent validity, test-retest stability, responsiveness, and known-groups validity. A total of 434 family caregivers in two institutions in Medellín, Colombia, were included.

Results: Facial and content validity showed a content validity index of 0.92 for clarity and 0.88 for relevance. Confirmatory factor analysis did not replicate the original structure, while exploratory factor analysis revealed seven dimensions explaining 54.7% of the variance. Internal consistency was acceptable ($\alpha = 0.71$), although dimensions 5 and 6 yielded lower values. Test-retest stability showed an intraclass correlation coefficient of 0.815, except for dimension 5 (0.267). No significant changes were observed after the educational intervention. The scale discriminated between sole caregivers and those with support ($p < 0.001$), and between those with less than three months versus more than four months in the role ($p = 0.046$).

Conclusions: The role adoption scale in palliative care scale demonstrated adequate initial validity and reliability, with a seven-dimensional structure that reflects the complexity of the caregiving experience in palliative care. Future studies should confirm its factorial structure and responsiveness.

Descriptors: Caregivers; Psychometrics; Palliative Care; Validation Study; Terminal Care (Source: DeCS, BIREME).

Escala de Adoção do Papel em cuidadores de pessoas em cuidados paliativos: propriedades psicométricas

Resumo

Objetivo: Adaptar a Escala de Adoção de Papel em cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos e avaliar suas propriedades psicométricas.

Materiais e Métodos: Estudo psicométrico realizado em duas fases. A primeira fase envolveu a adaptação e a avaliação da validade facial e de conteúdo da escala original. A segunda avaliou a validade estrutural, consistência interna, validade concorrente, estabilidade teste-reteste, sensibilidade à mudança e validade de grupos conhecidos. Participaram 434 cuidadores familiares em duas instituições em Medellín, Colômbia.

Resultados: A validade facial e de conteúdo apresentou um índice de validade de conteúdo de 0,92 para clareza e 0,88 para relevância. A análise fatorial confirmatória não replicou a estrutura original, enquanto a análise fatorial exploratória revelou sete dimensões que explicaram 54,7% da variância. A consistência interna foi aceitável ($\alpha = 0,71$), embora as dimensões 5 e 6 tenham apresentado valores mais baixos. A estabilidade teste-reteste mostrou um coeficiente de correlação intraclasse de 0,815, exceto para a dimensão 5 (0,267). Não foram observadas mudanças significativas após a intervenção educativa. A escala discriminou entre cuidadores únicos e com apoio ($p < 0,001$) e entre aqueles com menos de três meses versus mais de quatro meses no papel ($p = 0,046$).

Conclusões: A escala de Adoção de Papel – Versão Cuidados Paliativos demonstrou validade e confiabilidade iniciais adequadas, com uma estrutura de sete dimensões que reflete a complexidade da experiência de cuidado em cuidados paliativos. Estudos futuros devem confirmar sua estrutura fatorial e sensibilidade à mudança.

Descritores: Cuidadores; Psicometria; Cuidados Paliativos; Estudo de Validação; Assistência Terminal (fonte: DECS, BIREME).

Introducción

Las demandas de cuidados paliativos (CP) crecen de manera exponencial debido a la prevalencia de enfermedades crónicas y al envejecimiento de la población. Cerca del 70 % de estas necesidades se concentran en países de ingresos bajos y medios (1). En estos contextos, la capacidad instalada y la escasez de recursos dificultan un abordaje integral de la persona en CP, lo que conlleva que, en muchos casos, sean las familias —y en particular el cuidador familiar— quienes asuman gran parte de la responsabilidad del cuidado del paciente (2).

Es ampliamente reconocido que los cuidadores familiares de personas en CP suelen carecer de los conocimientos y habilidades necesarios para brindar una atención adecuada (3). Estos cuidadores se enfrentan a situaciones complejas que incluyen el manejo de síntomas, la administración de medicamentos, la asistencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y el acompañamiento emocional durante el proceso de morir del ser querido (4). La literatura científica evidencia que los cuidadores familiares presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas físicos y psicológicos (5), debido a la elevada carga asociada al cuidado de una persona en etapa avanzada de la enfermedad. Asimismo, se ha documentado que, ante la ausencia de apoyo y orientación adecuados, los cuidadores recurren a estrategias de ensayo y error y experimentan emociones como angustia (6), estrés, ira e impotencia (7), lo que no solo repercute negativamente en su bienestar, sino que también afecta los resultados en la atención del paciente (8). En este contexto, resulta fundamental no solo reconocer el papel del cuidador, sino también implementar estrategias que garanticen su acompañamiento oportuno e integral.

La adopción del rol del cuidador familiar se entiende como el proceso mediante el cual un miembro de la familia asume e internaliza progresivamente las responsabilidades, tareas y aspectos emocionales relacionados con el cuidado de un ser querido con enfermedad crónica, integrando dicho rol en su vida cotidiana y en su identidad personal (9). La evaluación de este constructo suele abarcar dimensiones como el dominio de las tareas instrumentales, el conocimiento sobre la condición de salud del

paciente, la disponibilidad de apoyo y la percepción que el propio cuidador tiene de su rol. Aunque la literatura en CP se ha centrado principalmente en aspectos como la sobrecarga del cuidador (10), su calidad de vida (11), el confort (12) y la identificación de necesidades (13), son escasas las escalas específicamente diseñadas para medir la adopción del rol en cuidadores familiares en CP.

En 2018, Chaparro *et al.* (9) desarrollaron la Escala de Adopción del Rol del Cuidador de Persona con Enfermedad Crónica (ROL), un instrumento autoinformado de 22 ítems fundamentado en la teoría de las Transiciones de Afaf Meleis (14), en la cual se resalta que el rol de cuidador no se apropia de forma inmediata, sino que responde a un proceso progresivo derivado de la experiencia de brindar cuidado en el contexto de una condición crónica. Este cuestionario destaca entre otras herramientas relacionadas con la adopción y preparación para el rol de cuidador, ya que se sustenta en un marco teórico sólido e incorpora no solo los aspectos instrumentales del cuidado, sino también la perspectiva subjetiva del cuidador y la manera en que organiza su vida para desempeñar este rol.

La escala ROL contempla tres dominios de la adopción del rol, además de ofrecer una clasificación cualitativa como insuficiente, básica o adecuada. Presenta ventajas significativas frente a otras escalas, como la Escala de Preparación para el Cuidado (15), que, aunque constituye una alternativa válida para evaluar cuidadores de personas con enfermedades crónicas y cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, es considerablemente más breve (8 ítems) y se focaliza principalmente en la dimensión instrumental del cuidado, dejando de lado otros componentes de la experiencia integral de ser cuidador.

Desde el punto de vista psicométrico, la escala ROL fue creada para la población de cuidadores familiares de personas con condiciones crónicas de salud, versión que cuenta con adecuada validez de contenido en términos de claridad, relevancia y coherencia, evaluada por expertos de Colombia, Perú, Argentina, Chile y México. Además, presenta adecuada comprensibilidad probada en una muestra de cuidadores colombianos y evidencias de validez de constructo, reflejadas en la coherencia del agrupamiento de ítems en una estructura factorial correspondiente con las tres dimensiones conceptuales. Finalmente, la escala ROL reporta una consistencia interna adecuada (9).

Dado que la atención a los cuidadores familiares de pacientes en CP constituye una prioridad en países de habla hispana y de ingresos bajos y medianos, como Colombia (2), se requiere contar con herramientas válidas que respalden tanto la investigación como la práctica clínica en este ámbito. Dichas herramientas deben permitir no solo la evaluación integral de los cuidadores, sino también la medición del impacto de las intervenciones dirigidas a este grupo. En la revisión realizada por los autores, no se identificaron instrumentos validados específicamente en el contexto de los CP que evalúen la adopción del rol de los cuidadores familiares. En consecuencia, el objetivo de este estudio fue adaptar la escala de adopción del rol en cuidadores familiares de pacientes en cuidados paliativos y evaluar sus propiedades psicométricas.

Materiales y métodos

Estudio psicométrico desarrollado durante los años 2023 y 2024 en dos fases. La primera incluyó la adaptación de la escala al campo de los CP y la evaluación de su validez facial y de contenido. La segunda consistió en la evaluación de las propiedades psicométricas de la escala adaptada. Este estudio obtuvo el aval del Comité de Ética de la Universidad de Antioquia para su desarrollo (Folder no. CEI-0096-02-2022).

Fase I. Adaptación, validación facial y de contenido

La escala ROL (16), originalmente desarrollada en idioma español y en el contexto colombiano, fue sometida a una revisión inicial por el equipo de autores, quienes evaluaron sus ítems y realizaron las adaptaciones necesarias para ajustarla al contexto de cuidadores de pacientes en CP. Tras los ajustes derivados de este proceso, la escala fue sometida a un procedimiento de validación facial y de contenido.

Con el propósito de evaluar la validez facial y de contenido, se invitó a participar a cuidadores familiares de pacientes en CP que fueran cuidadores principales, procurando diversidad en características sociodemográficas, niveles educativos y rangos de edad. Estos participantes revisaron la versión adaptada de la escala y firmaron consentimiento informado escrito luego de recibir una explicación detallada del estudio.

Para evaluar la validez de contenido, se solicitó a los participantes valorar la claridad (facilidad de lectura y comprensión del ítem) y la pertinencia (importancia del ítem en el contexto de enfermedad avanzada) de los enunciados en el contexto del cuidado paliativo, utilizando una escala dicotómica con puntuación de 0 cuando el enunciado no cumplía con el criterio evaluado y 1 cuando sí lo cumplía.

Para la validez facial se agregó una sección adicional de comentarios, con el fin de recoger sugerencias específicas o percepciones sobre cada ítem. El equipo investigador analizó la información recolectada, abordando los problemas identificados en relación con la claridad de los ítems. Los comentarios se clasificaron en tres categorías: generales, de forma y de fondo. Aquellos comentarios de forma, especialmente los relacionados con la redacción, fueron incorporados mediante los ajustes pertinentes. La versión final adaptada se empleó posteriormente en la fase II para la evaluación de sus propiedades psicométricas.

Fase II. pruebas psicométricas

Muestra y recolección de la información

Se invitó a participar a cuidadores familiares de pacientes con enfermedades oncológicas y no oncológicas que se encontraban hospitalizados en los pabellones de medicina interna de dos hospitales de la ciudad de Medellín (Colombia), entre 2023 y 2024. Los participantes fueron incluidos si se identificaban como cuidadores principales de un paciente en CP (según historia clínica, definido como aquel con enfermedad avanzada y tratamiento con intención paliativa), tenían 18 años o más y hablaban español.

Se excluyeron los cuidadores contratados o aquellos con alteraciones cognitivas evidenciadas mediante un puntaje inferior a dos errores en el test Minimental. Un auxiliar de investigación verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión, explicó los objetivos del estudio y gestionó el proceso de consentimiento informado, que fue firmado por quienes aceptaron participar.

Una vez otorgado el consentimiento, el auxiliar de investigación aplicó los instrumentos del estudio en las salas de espera o en la habitación del paciente. Adicionalmente, de forma aleatoria, mediante la asignación por número par o impar del documento de identidad, se invitó a dos grupos de participantes a realizar un segundo diligenciamiento de la escala.

El grupo A (número par) estuvo conformado por cuidadores que recibieron una intervención educativa sobre CP y manejo de síntomas del paciente, impartida mediante una charla de una hora y un folleto

con información e imágenes; en este grupo se evaluó la sensibilidad al cambio de la escala. El grupo B (número impar) incluyó cuidadores que no recibieron ningún tipo de capacitación o intervención educativa; en este grupo se evaluó la estabilidad de la escala, asegurando que no se hubieran producido cambios significativos en la condición clínica del paciente ni en el acompañamiento recibido por el cuidador en relación con su rol al momento de la segunda aplicación.

Ambos grupos completaron la escala en un segundo momento, entre 10 y 15 días después de la primera aplicación, mediante entrevista telefónica.

Instrumentos de medición

La recolección de la información se realizó mediante tres instrumentos. El primero fue una ficha de caracterización sociodemográfica de los cuidadores que incluyó, además de sus datos sociodemográficos, aspectos relacionados con el perfil del cuidador, tales como tiempo desempeñando el rol, dedicación diaria al cuidado, apoyo recibido y funcionalidad del paciente, evaluada mediante el índice de Karnofsky y la escala ESAS-R para el nivel de síntomas.

La adopción del rol se evaluó con la Escala de Adopción del Rol del Cuidador Familiar del Paciente en Cuidados Paliativos (ROL-Pal). Esta versión se desarrolló a partir de la versión original creada en Colombia, la cual demostró una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,80 y la confirmación de una estructura de tres factores (9). La versión adaptada mantuvo los 22 ítems originales. La escala se puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre), con un rango total entre 22 y 110 puntos. Puntajes entre 22 y 65 indican adopción insuficiente del rol; entre 66 y 87, adopción básica; y puntajes mayores o iguales a 88, adopción satisfactoria.

Finalmente, se aplicó la Escala de Calidad de Vida en Situaciones que Limitan la Vida (QOLTI-F), que mide la calidad de vida percibida por el cuidador y está compuesta por 16 ítems agrupados en siete dominios (17). Este instrumento ha sido validado en español. El análisis de validez de constructo respaldó una estructura de siete factores con índices de ajuste adecuados, mientras que la consistencia interna alcanzó un alfa de Cronbach de 0,847. La escala asigna puntajes de 0 a 10 para cada ítem, lo que permite un rango total entre 0 y 160; a mayor puntuación, mejor calidad de vida (17).

Análisis estadísticos

Dado que la información se recolectó con el apoyo de un auxiliar de investigación, no se reportaron datos faltantes. Los datos fueron tabulados en una base de datos en Microsoft Excel y analizados en el software R. Los análisis descriptivos se realizaron utilizando medidas de frecuencia y porcentaje, así como medidas de tendencia central.

El cálculo del tamaño de muestra se estableció con el objetivo de cumplir los requerimientos de todas las pruebas psicométricas planteadas, lo que derivó en una muestra superior a 300 cuidadores para satisfacer los requisitos mínimos del análisis factorial confirmatorio (18).

El proceso de análisis se desarrolló en siete pasos.

Primero, para medir la validez de contenido del instrumento se utilizó el índice de validez de contenido (ICV) de Lawshe modificado por Tristán, con el fin de determinar el nivel de acuerdo entre los participantes (19). Se consideraron aceptables valores de concordancia interevaluador superiores a 0,80.

Segundo, para evaluar la validez estructural se empleó un análisis factorial confirmatorio (AFC), de acuerdo con las tres dimensiones planteadas en la versión original del instrumento. Se consideraron cargas factoriales insuficientes aquellas con valores inferiores a 0,3. La adecuación global del modelo se evaluó mediante los índices de bondad de ajuste y sus valores de referencia: $\chi^2/\text{gl} < 2$, CFI (Comparative Fit Index) $\geq 0,95$, TLI (Tucker-Lewis Index) $\geq 0,95$, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) $\leq 0,05$ y SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) $\leq 0,05$.

Adicionalmente, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con extracción de componentes principales y rotación Oblimin. Previamente, se evaluó la adecuación muestral mediante el índice KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett, confirmando la pertinencia de aplicar el análisis factorial. La solución factorial se orientó por autovalores superiores a 1 para cada factor.

Tercero, la consistencia interna se calculó para la escala total y sus dimensiones utilizando el alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald, considerando aceptables valores superiores a 0,7.

Cuarto, la validez concurrente se estableció mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Los autores hipotetizaron una relación positiva y significativa con la escala de calidad de vida del cuidador QOLTI-F.

Quinto, la estabilidad test-retest se evaluó en el grupo B mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI), considerando aceptables valores superiores a 0,60.

Sexto, la sensibilidad al cambio se evaluó en el grupo A mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras pareadas.

Séptimo, se determinó la validez de grupos conocidos. Para ello, la muestra se dividió en: cuidadores de pacientes con cáncer y con falla cardíaca avanzada; participantes que llevaban tres meses o menos como cuidadores versus aquellos con cuatro o más meses en el rol; participantes que cuidaban a pacientes con funcionalidad baja y alta (puntaje Karnofsky < 50 vs ≥ 50); y participantes que eran cuidadores únicos comparados con aquellos que no lo eran. Las diferencias en las medianas del puntaje de la escala ROL-Pal se evaluaron mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados

Fase I

Información general de los expertos

Durante esta fase se recolectó información de 16 expertos cuidadores familiares, en su mayoría de sexo femenino (93,75 %), con una media de edad de 50,5 años (mín: 21; máx: 70). En cuanto al nivel educativo, el 62,5 % tenía estudios universitarios, seguido de primaria (25 %) y bachillerato (12,5 %).

Validez facial y de contenido

La versión en español de la escala de adopción del rol se ajustó al contexto de CP de acuerdo con las recomendaciones COSMIN. Tras la revisión y ajuste inicial de los ítems por parte de los autores, a los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 8, 12, 18 y 19 se les agregó la expresión “en esta fase de su enfermedad”. A los ítems 15, 16, 17 y 18 se les añadió la expresión “cuidados paliativos” para complementar la

oración. En el ítem 20 se sustituyó la palabra “independencia” por “dignidad”, y en el ítem 22 se agregaron las palabras “confort y alivio”.

En el proceso de validez facial se clasificaron las opiniones emitidas por los participantes sobre cada uno de los ítems. En total, se recibieron 90 comentarios, clasificados en 22 de forma, 10 de fondo y 58 generales. Durante la revisión, los participantes señalaron no comprender la palabra “autonomía”, la cual fue reemplazada por “independencia”. Asimismo, sugirieron cambiar la palabra “siento” por “creo”; este ajuste se realizó en los ítems 2, 5 y 11. En el enunciado del ítem 13, indicaron que no era claro a quién se buscaba como apoyo para resolver las necesidades; por ello, se incluyó entre paréntesis la aclaración “(familia, amigos, grupos de apoyo, profesionales)”. En total, se ajustaron 8 de los 22 comentarios de forma.

En relación con los comentarios de fondo, se encontraron sugerencias para modificar las opciones de respuesta o eliminar ítems; sin embargo, tras el análisis realizado por los autores, se decidió no acogerlas, ya que correspondían a opiniones aisladas. En los comentarios generales se evidenció la utilidad de los ítems para los cuidadores, con afirmaciones como “genera reflexión si hemos dejado de lado nuestra vida” respecto al ítem 5, o “me gusta la pregunta, ya que permite que busquemos información si no lo hemos hecho” en relación con el ítem 16.

El índice de validez de contenido para los 22 ítems de la escala osciló entre 0,68 y 1,00. Se identificaron puntajes por debajo de 0,80 en relevancia para los ítems 8 y 12. El ivc global de la escala fue de 0,92 en claridad y 0,88 en relevancia (Tabla 1). De acuerdo con estos resultados, no se eliminaron ítems en esta etapa.

Fase II

Caracterización sociodemográfica de los participantes

Para esta fase se incluyeron 434 participantes. La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres (78,1%), con una edad promedio de 45,7 años. La mayoría tenía educación secundaria o universitaria (78,1%) y se desempeñaba como empleada o ama de casa (95,4%). El 51,2% llevaba menos de tres meses como cuidador.

Los pacientes eran, en su mayoría, mujeres (63,4%), con una edad promedio de 59,9 años y deterioro funcional moderado (media del puntaje de Karnofsky = 56). En la Tabla 2 se presenta la información sociodemográfica de la muestra.

Validez estructural

Se realizó el AFC de la escala ROL-Pal considerando sus tres dimensiones teóricas. Los resultados mostraron un ajuste moderado del modelo, con $\chi^2/gl = 2,13$ ($p < 0,001$), CFI = 0,84, TLI = 0,80, RMSEA = 0,051 y SRMR = 0,050. Sin embargo, los factores no evidenciaron una relación clara con el índice global, lo que sugiere que no resultaban significativos dentro del modelo propuesto.

Adicionalmente, el análisis de los ítems reveló que los ítems 1, 2, 3, 4, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22 presentaron cargas factoriales inferiores a 0,30 en sus respectivas dimensiones teóricas (Tabla 3). En consecuencia, con base en estos hallazgos, se decidió realizar un análisis factorial exploratorio con el objetivo de identificar una nueva estructura factorial subyacente en la escala.

Tabla 1. Razón de validez de contenido escala ROL-Pal ($n = 16$)

Ítem	Claridad	Relevancia
1. La experiencia de cuidar a mi familiar en esta fase de su enfermedad me genera sentimientos negativos.	1	0,87
2. Creo que me falta información para realizar bien mi labor como cuidador en esta fase de la enfermedad.	1	1
3. Considero que mi labor como cuidador importa para mejorar el bienestar y la dignidad de mi familiar.	1	0,93
4. Pienso que ser cuidador de mi familiar en esta fase es uno de los roles que desempeño, aunque no el único.	0,87	0,93
5. Creo que he dejado de lado mis planes de vida para dedicarme al cuidado de mi familiar en esta fase de su enfermedad.	0,87	0,81
6. Me siento mal por no poder hacer más para aliviar el sufrimiento o los síntomas de mi familiar.	0,93	0,93
7. Me siento desanimado en mi labor como cuidador de mi familiar.	0,87	0,87
8. Busco momentos de descanso para poder continuar cuidando a mi familiar en esta fase.	0,87	0,68
9. Procuro atender mis propias necesidades (físicas, emocionales, espirituales) además de cuidar a mi familiar.	1	0,93
10. Intento fortalecer mis relaciones familiares y sociales para obtener apoyo en el cuidado de mi familiar.	0,93	0,81
11. Creo que son pocos los aprendizajes que he tenido en mi experiencia como cuidador.	0,93	0,81
12. Pienso que otras personas no pueden brindar a mi familiar el mismo cuidado y acompañamiento que yo en esta fase.	0,87	0,75
13. Busco apoyo para resolver los problemas y necesidades de mi familiar (familia, amigos, grupos de apoyo, profesionales).	0,93	0,87
14. Comparto la responsabilidad de cuidar a mi familiar con otras personas o servicios de salud cuando es posible.	0,81	0,87
15. He organizado los recursos económicos para cubrir las necesidades de cuidado y tratamiento paliativo de mi familiar.	1	0,87
16. He buscado información sobre los cuidados que requiere mi familiar.	0,93	0,81
17. Considero que tengo la preparación suficiente para brindar los cuidados (físicos, emocionales, espirituales) que mi familiar necesita.	0,81	0,93
18. Logro identificar la mayoría de las necesidades de cuidado (físico, emocional, espiritual) de mi familiar en esta fase de la enfermedad.	0,93	0,93
19. He adaptado los espacios del hogar para garantizar comodidad y seguridad a mi familiar en esta fase de la enfermedad.	1	0,93
20. Procuro mantener la independencia y la dignidad de mi familiar, respetando sus decisiones.	0,93	1
21. Siento que tener una buena relación con mi familiar solo depende de mí.	0,87	0,93
22. Procuro garantizar el máximo confort y alivio posible para mi familiar, considerando su situación.	1	1
Total	0,92	0,88

Fuente: autores

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de los cuidadores participantes (n = 434)

Variable		n	%
Sexo	Femenino	339	78,1
	Masculino	95	21,9
Nivel de estudios	Primaria	95	21,9
	Secundaria	178	41,0
	Estudios superiores	161	37,1
Estado civil	Soltero	189	56,5
	Casado/Unión libre	245	43,5
Ocupación	Hogar	188	43,3
	Empleado	226	52,1
	Estudiante	20	4,6
Ingresos	Bajos	206	47,5
	Medios	209	48,2
	Altos	19	4,4
La persona cuidada es	Padres	186	42,9
	Pareja	103	23,7
	Amigo	109	25,1
	Hijo	36	8,3
Sexo del paciente	Femenino	275	63,4
	Masculino	159	36,6
Edad del cuidador	Media, desviación estándar	45,7	14,5
Tiempo como cuidador en meses	Media, desviación estándar	27,4	46,5
	< 3 meses	222	51,2
	≥ 4 meses	212	48,8
Horas diarias dedicadas al cuidado	1 - 8	45	10,4
	9 - 16	140	32,2
	17 - 24	249	57,4
Edad del paciente	Media, desviación estándar	59,9	15,2
Puntaje Karnofsky	Media, desviación estándar	56,0	17,1
Severidad de los síntomas (ESAS-R)	Media, desviación estándar	53,1	20,9

Fuente: autores

Tabla 3. Resultados análisis factorial confirmatorio escala ROL-Pal ($n = 434$)

Ítem	Índice Global	Respuestas ante rol	Organización del rol	Labores del rol
1	0,422	-0,001		
2	0,433	-0,093		
3	0,230	-0,042		
4	0,013	0,095		
5	0,240	0,864		
6	0,301	0,439		
7	0,501	0,406		
8	0,310		0,517	
9	0,439		0,503	
10	0,530		0,374	
11	0,410		0,048	
12	-0,068		0,717	
13	0,311		0,848	
14	0,106		0,948	
15	0,290		0,141	
16	0,252			-0,014
17	0,474			-0,026
18	0,514			0,093
19	0,223			0,107
20	0,372			0,223
21	0,170			0,246
22	0,116			0,299

Fuente: autores.

En el análisis factorial exploratorio se obtuvo un índice KMO de 0,772, lo que indicó una adecuación muestral aceptable. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa (χ^2 , $p < 0,001$), confirmando la pertinencia de realizar el análisis factorial. Se extrajeron siete factores con autovalores superiores a 1,0, los cuales explicaron en conjunto el 54,59% de la varianza total (Tabla 4). No obstante, los ítems 7, 10, 17 y 20 presentaron cargas factoriales inferiores a 0,50, lo que sugiere una débil asociación con los factores identificados.

De acuerdo con estos resultados, el comité de validación decidió renombrar cada dimensión según la afinidad conceptual de sus ítems, así: factor 1, percepción de competencia y preparación para el rol; factor 2, redes de apoyo y corresponsabilidad en el cuidado; factor 3, relación cuidador-paciente y autonomía; factor 4, carga emocional y estrategias de autocuidado; factor 5, gestión de recursos y logística del cuidado; factor 6, conocimientos y preparación percibida; y factor 7, equilibrio en el rol de cuidador.

Tabla 4. Análisis factorial exploratorio escala RolPal ($n = 434$)

Ítem	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
1	0,674	-0,002	0,006	0,055	-0,065	-0,014	0,069
2	0,724	-0,1	-0,094	0,108	0,122	-0,101	-0,036
3	0,663	-0,056	0,162	-0,024	-0,127	-0,148	-0,042
4	-0,103	-0,079	-0,008	0,079	0,041	-0,025	0,908
5	0,002	0,275	0,05	0,51	-0,328	-0,042	-0,006
6	-0,05	-0,154	-0,057	0,646	-0,075	0,253	0,057
7	0,235	0,041	0,123	0,427	-0,215	0,222	0,231
8	0,022	0,188	-0,039	0,584	0,333	-0,168	-0,075
9	0,136	0,157	0,078	0,652	0,196	-0,263	0,011
10	0,32	0,421	0,022	0,036	0,146	0,026	0,17
11	0,586	0,231	-0,019	-0,185	0	0,222	-0,011
12	-0,176	0,588	0,093	0,055	-0,13	0,042	-0,226
13	0,14	0,79	-0,083	-0,028	0,111	0,07	0,057
14	-0,05	0,733	-0,001	0,073	0,005	-0,012	0,019
15	-0,009	-0,02	0,114	0,184	0,632	0,104	-0,171
16	-0,075	0,118	-0,015	-0,048	0,071	0,8	0,003
17	0,358	-0,23	-0,062	0,132	0,085	0,383	-0,172
18	0,593	-0,005	0,176	0,015	0,084	0,134	-0,079
19	0,015	0,057	0,047	-0,15	0,629	0,031	0,278
20	0,024	0,094	0,381	0,259	0,086	0,3	0,089
21	0,123	-0,012	0,801	-0,092	-0,093	-0,065	0,058
22	-0,069	-0,058	0,807	-0,022	0,155	-0,022	-0,076
Autovalores	3,94	2,07	1,34	1,27	1,22	1,11	1,02
Porcentaje de la varianza explicada	17,95	9,41	6,13	5,80	5,58	5,05	4,65

Fuente: autores.

Consistencia interna

Los resultados mostraron un alfa de Cronbach para toda la escala de 0,712. Asimismo, no se evidenció un aumento significativo de este valor al eliminar alguno de los ítems. Por otra parte, la correlación promedio de cada ítem con los demás osciló entre 0,099 y 0,48.

Los valores de cada una de las siete dimensiones oscilaron entre 0,84 y 0,90 (Tabla 5). En la evaluación de la consistencia interna mediante el coeficiente Omega de McDonald, se obtuvo un valor de 0,79 para la escala total.

Tabla 5. Consistencia interna y estabilidad de la escala ROL-Pal ($n = 434$)

Dimensión	No. ítems	Consistencia interna	Estabilidad test-retest
Dimensión 1	5	0,696	0,802
Dimensión 2	4	0,611	0,763
Dimensión 3	2	0,565	0,79
Dimensión 4	5	0,608	0,782
Dimensión 5	2	0,275	0,267
Dimensión 6	2	0,267	0,715
Dimensión 7	1	N/A	0,62
RolPal total	22	0,711	0,815

Fuente: autores.

Validez concurrente

El análisis de correlación evidenció una asociación moderada entre los puntajes totales de la escala ROL-Pal y la escala de calidad de vida del cuidador ($\rho = 0,512$, $p < 0,001$).

Estabilidad test-retest

El coeficiente de correlación intraclase (CCI) de las medidas promedio para el total de la escala ROL-Pal fue de 0,815 entre las mediciones T1 y T2 ($p = 0,001$) ($n = 51$). El CCI por dimensiones osciló entre 0,80 y 0,62 ($p = 0,001$), excepto en la dimensión 5, que agrupó los ítems 15 y 19 y presentó un CCI de 0,267 (Tabla 3).

Sensibilidad al cambio

No se encontraron diferencias significativas entre las mediciones T1 y T2 en el grupo que recibió la intervención educativa ($n = 60$) (89 vs 86,50; $p = 0,64$).

Validez de grupos conocidos

Al comparar el grupo de cuidadores únicos con el de cuidadores con apoyo, se observó una diferencia significativa en las puntuaciones medianas: 86 ($n = 163$) frente a 91 ($n = 271$), respectivamente ($p < 0,001$). Asimismo, se encontró que quienes llevaban tres meses o menos como cuidadores tenían puntuaciones más altas en la escala de rol que aquellos con mayor tiempo en el rol (91 vs. 88,50; $p = 0,046$).

Por el contrario, no se observaron diferencias significativas entre las medianas de puntuación de cuidadores de pacientes con cáncer y con falla cardíaca en CP (89 vs. 91; $p = 0,16$), ni entre quienes cuidaban a pacientes con baja ($n = 133$) o alta funcionalidad ($n = 301$) (88 vs. 89; $p = 0,84$).

Discusión

En América Latina, incluida Colombia, se han realizado avances en CP; sin embargo, persiste la necesidad de contar con instrumentos validados en español para evaluar la experiencia del cuidador familiar (20). La adopción del rol del cuidador es una variable clave para comprender su vivencia y orientar intervenciones oportunas que fortalezcan su empoderamiento. Por ello, se revisó y adaptó la Escala de Adopción del Rol del Cuidador al contexto de CP y se evaluaron sus propiedades psicométricas, contribuyendo así al desarrollo de herramientas de evaluación pertinentes.

La validación facial evidenció la importancia que los cuidadores atribuyeron a algunos enunciados y mostró la necesidad de ajustar ciertas palabras para mayor claridad. La validación de contenido evidenció puntuaciones adecuadas en claridad y relevancia de los ítems. Sin embargo, los ítems 8 “Busco momentos de descanso para poder continuar cuidando a mi familiar en esta fase” y 12 “Pienso que otras personas no pueden brindar a mi familiar el mismo cuidado y acompañamiento que yo en esta fase” obtuvieron puntuaciones inferiores a las adecuadas en cuanto a su relevancia.

Este resultado puede estar relacionado con factores socioculturales propios de los cuidadores en contextos latinos, quienes asumen el cuidado de su familiar como un mandato moral, sobre todo en fases avanzadas de la enfermedad (21), y en un sistema de salud que aún no cuenta con una provisión generalizada de CP (1). Adicionalmente, existe la creencia de que el cuidado no es delegable (22) y de que quien asume el rol se especializa en el cuidado del paciente; por ello, considerar que otras personas no pueden brindar el mismo cuidado no se percibe necesariamente como un indicador relevante para medir la adopción del rol.

El AFC replicó la estructura de tres factores de la escala en su versión para cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas (9); sin embargo, esta estructura presentó limitaciones en términos de cargas factoriales e índices de bondad de ajuste. Con base en estos resultados, se realizó un AFE, el cual evidenció una estructura de siete factores con cargas factoriales superiores a 0,3 para todos los ítems y una varianza explicada del 54%.

Esta discrepancia con la estructura original de tres factores –respuestas ante el rol, organización del rol y labores del rol– y la nueva estructura propuesta de siete dimensiones puede explicarse por las particularidades del CP. A diferencia del cuidado de personas con enfermedades crónicas estables, este contexto se caracteriza por una alta carga emocional (2) y demanda una gran inversión de tiempo y recursos. Además, la experiencia del cuidador está profundamente atravesada por valores culturales, familiares y morales (23).

En América Latina, y particularmente en Colombia, el cuidado suele asumirse como un deber familiar y afectivo, lo que genera dinámicas complejas en torno a la corresponsabilidad, el autocuidado y la preparación para el rol (22). Esto podría dar lugar a una mayor diferenciación de dimensiones en la experiencia de cuidado, evidenciando aspectos emocionales, prácticos y relacionales más específicos que no se captan plenamente con la estructura original de tres dimensiones. Así, de manera preliminar, la identificación de siete factores sugiere una mayor diversidad y complejidad del constructo en el contexto de los CP.

Los resultados mostraron un coeficiente alfa de Cronbach de 0,71, valor inferior al reportado en la versión original de la escala (0,80) (9). Aunque la consistencia interna total se mantuvo dentro de rangos aceptables, la obtenida para cada dimensión fue inferior a 0,70. Este comportamiento

puede explicarse porque se trata de una escala recientemente adaptada al contexto de CP, en un proceso inicial de validación, por lo que es esperable que algunas dimensiones aún presenten niveles moderados de consistencia interna (24).

Las dimensiones 5 (gestión de recursos y logística del cuidado) y 6 (conocimientos y preparación percibida) mostraron los valores más bajos de consistencia interna. Esto se relaciona, en primer lugar, con el número reducido de ítems (dos en cada dimensión), lo que limita estadísticamente el valor del alfa de Cronbach. Además, estas dimensiones abordan aspectos más específicos y heterogéneos del rol de cuidado, como recursos materiales, adecuación del entorno y conocimientos prácticos, que pueden variar considerablemente entre cuidadores familiares, afectando la homogeneidad de las respuestas.

La validez concurrente se confirmó con la correlación identificada entre la calidad de vida y la adopción del rol del cuidador familiar, evidenciando una asociación positiva entre ambas.

Por otra parte, la estabilidad test-retest de la escala ROL-Pal fue adecuada (0,81) en el subgrupo de participantes sin cambios clínicos ni personales entre mediciones, lo que indica que produce puntuaciones reproducibles en el tiempo, con buena fiabilidad. Esto sugiere que las variaciones observadas en mediciones longitudinales reflejarían cambios reales en la adopción del rol del cuidador y no errores de medición, respaldando su uso para seguimiento e intervenciones.

La excepción fue la dimensión 5 (gestión de recursos y logística del cuidado), con un CCI de 0,267, posiblemente explicado por su bajo número de ítems y por tratarse de aspectos más variables en el tiempo, como la disponibilidad de recursos o cambios en el entorno de cuidado.

En cuanto a la sensibilidad al cambio, no se observaron aumentos en las puntuaciones de la escala ROL-Pal en el subgrupo que recibió la intervención de enfermería sobre conocimientos en CP. La escala está diseñada para evaluar la adopción del rol del cuidador en distintos dominios. La intervención se enfocó en estrategias para fortalecer conocimientos y manejo del paciente en CP (25); sin embargo, la dinámica de la adopción del rol puede requerir intervenciones más complejas, que incluyan acciones encaminadas a la búsqueda de recursos, el fortalecimiento de redes de apoyo, espacios de descanso y adecuación de los espacios para el cuidado, aspectos que la intervención no contempló. Además, es posible que el periodo de seguimiento haya sido insuficiente para generar modificaciones en varios componentes de la adopción del rol.

La validez de grupos conocidos se confirmó parcialmente. Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre cuidadores únicos y aquellos con apoyo adicional. Los primeros presentaron una mediana más baja en la escala ROL-Pal, lo que indica que la herramienta discrimina en la dirección teórica esperada: a menor disponibilidad de red de apoyo, menor percepción de capacidad y adopción del rol (26). Asimismo, los cuidadores con menos de tres meses en el rol mostraron puntuaciones más altas que quienes llevaban más tiempo, lo que podría reflejar mayor agotamiento y sobrecarga con el paso del tiempo.

En contraste, no se encontraron diferencias significativas entre cuidadores de pacientes con cáncer y falla cardíaca, ni entre quienes cuidaban a pacientes con alta o baja funcionalidad. Estos hallazgos, en concordancia con Leung *et al.* (27), sugieren que, en el contexto de CP, la adopción del rol depende más de la estructura de apoyo familiar y organizacional que del tipo de enfermedad o del nivel funcional del paciente.

En este estudio se reconocen varias fortalezas y limitaciones. Entre las fortalezas se destaca el tamaño muestral, que proporcionó un número adecuado de participantes para los procesos de AFC y AFE.

Entre las limitaciones, se reconoce que los participantes fueron cuidadores de pacientes hospitalizados, lo que podría limitar la representación de cuidadores en otros contextos, como el comunitario. Además, el análisis de sensibilidad incluyó 60 participantes, tamaño que pudo ser insuficiente para detectar cambios significativos en la adopción del rol. Asimismo, la consistencia interna de algunas dimensiones fue inferior a los valores considerados adecuados.

Estos resultados no invalidan la utilidad de la escala, pero sí señalan la necesidad de continuar su refinamiento y validación, explorando ajustes en el número y la redacción de los ítems para fortalecer la consistencia interna de las dimensiones.

Conclusiones

La escala ROL-Pal muestra evidencia psicométrica inicial que respalda su uso para evaluar la adopción del rol en cuidadores familiares de personas en cuidados paliativos. La identificación de una estructura factorial de siete dimensiones, junto con una consistencia interna y una estabilidad globalmente aceptables, refleja la naturaleza multidimensional y dinámica del rol del cuidador en este contexto.

La capacidad discriminante de la escala según la disponibilidad de apoyo y el tiempo en el rol refuerza su utilidad clínica y su pertinencia teórica para las disciplinas de la salud. Futuros estudios deberán confirmar la estructura factorial propuesta, fortalecer las dimensiones con menor desempeño psicométrico y evaluar su sensibilidad al cambio frente a intervenciones integrales dirigidas al cuidador.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Financiamiento

Este estudio no recibió financiación para su realización.

Referencias

- (1) Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition. London; 2020. <https://www.paho.org/es/node/75063>
- (2) Alam S; Hannon B; Zimmermann C. Palliative care for family caregivers. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):926–936. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00018>
- (3) Hart NH; Crawford-Williams F; Crichton M; Yee J; Smith TJ; Koczwara B et al. Unmet supportive care needs of people with advanced cancer and their caregivers: A systematic scoping review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2022;176:103728. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103728>
- (4) Xu Y; Liu Y; Kang Y; Wang D; Zhou Y; Wu L et al. Experiences of family caregivers of patients with end-of-life cancer during the transition from hospital to home palliative care: A qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2024;27:230. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01559-4>
- (5) Cengiz Z; Turan M; Olmaz D; Erce Ç. Care burden and quality of life in family caregivers of palliative care patients. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2021;17(1):50–63. <https://doi.org/10.1080/15524256.2021.1888844>
- (6) Lapa L; Cardoso M; Rego F. Informal caregiver burden in palliative care and the role of the family doctor: A scoping review. *Healthcare*. 2025;13(8):939. <https://doi.org/10.3390/healthcare13080939>
- (7) Aberg Cobo M; Moscardi R; Ortega J. Impacto psicológico en los cuidadores principales de familiares bajo tratamiento paliativo: una revisión sobre la calidad de vida. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2024;81(2):415–431. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v81.n2.44824>
- (8) Kavalieratos D; Corbelli J; Zhang D; Dionne-Odom JN; Ernecoff NC; Hammer J et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(20):2104–2114. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840>

- (9) Arias-Rojas M; Carreño SP; Chaparro-Díaz L. Validity and reliability of the Scale, Role Taking in Caregivers of People with Chronic Disease, RoL. *Int Arch Med*. 2018;11(34):1–10. <https://doi.org/10.3823/2575>
- (10) Pop RS; Payne S; Tint D; Pop CP; Mosoiu D. Instruments to assess the burden of care for family caregivers of adult palliative care patients. *Int J Palliat Nurs*. 2022;28(2):80–99. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.2.80>
- (11) Wei Y; Xiao H; Wu H; Yong B; Weng Z; Chen W. Psychometric properties of the Chinese version of quality of life in life-threatening illness-family carer version. *Front Psychol*. 2022;13:925062. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.925062>
- (12) Novak B; Kolcaba K; Steiner R; Dowd T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2001;18(3):170–180. <https://doi.org/10.1177/104990910101800308>
- (13) Sağlam Z; Koç Z. The validity and reliability of the Turkish version of the Family Inventory of Needs. *Palliat Support Care*. 2022;20(2):255–263. <https://doi.org/10.1017/s1478951521000833>
- (14) Meleis AI. *Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
- (15) Henriksson A; Hudson P; Öhlen J; Thomas K; Holm M; Carlender I et al. Use of the Preparedness for Caregiving Scale in Palliative Care: A rasch evaluation study. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(4):533–541. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.012>
- (16) Carreño-Moreno S; Chaparro-Díaz L. Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: una herramienta para valorar la transición. *Revista Investigaciones Andina*. 2018;36(20):39–54. <https://doi.org/10.33132/01248146.968>
- (17) Arias-Rojas M; Arredondo-Holguín E; Carreño-Moreno S. Pruebas psicométricas escala “calidad de vida en situaciones que limitan la vida” (QOLLI-F): versión cuidador familiar en Colombia. *Medi Palliat*. 2023;30(4):191–197. <https://doi.org/10.20986/medpal.2024.1429/2023>
- (18) Kyriazos TA. Applied psychometrics: Sample size and sample power considerations in Factor Analysis (EFA, CFA) and SEM in general. *Psychology*. 2018;09(08):2207–2230. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.98126>
- (19) Romero Jeldres M; Díaz Costa E; Faouzi Nadim T. A review of Lawshe's method for calculating content validity in the social sciences. *Front Educ*. 2023;8:1271335. <https://doi.org/10.3389/feduc.2023.1271335>
- (20) Useche Cuellar NN; Carreño-Moreno S; Arias-Rojas M. Escalas en español para valoración de personas en cuidados paliativos y sus familias: revisión sistemática psicométrica. *Investg. Enferm. Imagen Desarrollo*. 2023;25(2023):1–14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.eevp>
- (21) Martínez IL; Acosta Gonzalez E. Care v. caring: Obligation, duty, and love among latino Alzheimer's family caregivers. *J Appl Gerontol*. 2022;41(7):1744–1751. <https://doi.org/10.1177/07334648221084998>
- (22) Torres-Sanmiguel AF; Carreño-Moreno S; Chaparro-Díaz L. Experiencia de los cuidadores informales en Colombia: Revisión sistemática y metátesis. *Univ. Salud*. 2023;26(1):29–40. <https://doi.org/10.22267/rus.242601.318>
- (23) Ng HL; Wu XV; Yap SY; Yeo SNB; Dino MJ; Jiang Y. Exploring the experiences of older adults and their caregivers in home-based palliative care setting: A systematic review and meta-synthesis. *Semin Oncol Nurs*. 2024;40(6):151753. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151753>
- (24) Stefana A; Damiani S; Granzio U; Provenzano U; Solmi M; Youngstrom EA et al. Psychological, psychiatric, and behavioral sciences measurement scales: Best practice guidelines for their development and validation. *Front Psychol*. 2025;15:1494261. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1494261>
- (25) Arias-Rojas M; Carreño-Moreno S; Arias-Quiroz N. The “PalliActive Caregivers” Intervention for caregivers of patients with cancer in palliative care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2020;22(6):495–503. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000696>
- (26) Ribé JM; Salameiro M; Pérez-Testor C; Mercadal J; Aguilera C; Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: Caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2018;22(1):25–33. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1360500>
- (27) Leung DYP; Chan HYL; Chiu PKC; Lo RSK; Lee LLY. Source of social support and caregiving self-efficacy on caregiver burden and patient's quality of life: A path analysis on patients with palliative care needs and their caregivers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5457. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155457>