



Evaluación de una estrategia de enfermería para la adaptación de familiares de pacientes con discapacidad según Callista Roy

Evaluation of a nursing strategy for the adaptation of family members of patients with disabilities according to Callista Roy

Avaliação de uma estratégia de enfermagem para a adaptação de familiares de pacientes com deficiência, segundo Callista Roy

Nayeli Anahi Acosta López¹ , Jeannette Mercedes Acosta Núñez^{1a} 

¹ Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador 

^a Autor de correspondencia: jm.acosta@uta.edu.ec 

Citar como: Acosta-López N, Acosta-Núñez J. Evaluación de una estrategia de enfermería para la adaptación de familiares de pacientes con discapacidad según Callista Roy. Rev. chil. enferm. 2026;8:80421. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2026.80421>

Fechas de recepción: 28 de agosto de 2025

Fecha de aprobación: 27 de enero de 2026

Fecha de publicación: 05 de marzo de 2026

Editor: Matías Faúndez Aedo 

RESUMEN

Introducción: La discapacidad afecta al 7% de la población ecuatoriana, generando sobrecarga física, emocional y social en los cuidadores familiares. La incidencia se presenta en mujeres mayores de 50 años. En este contexto, el Modelo de Adaptación de Callista Roy ofrece un marco teórico para promover la resiliencia y mejorar las estrategias de afrontamiento. **Objetivo:** Evaluar la implementación de una estrategia de enfermería que facilite la adaptación de los familiares de pacientes con discapacidad, diseñada según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. **Metodología:** Estudio cuasiexperimental, cuantitativo y longitudinal, tipo pre y post-test, desarrollado entre mayo y agosto de 2025 con 50 cuidadores seleccionados por conveniencia. Se aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento y una encuesta sociodemográfica. La intervención educativa se realizó mediante 8 semanas de talleres, dinámicas grupales y visitas domiciliarias. **Resultados:** La intervención produjo mejoras estadísticamente significativas en las estrategias adaptativas de afrontamiento (apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional y resolución de problemas; $p < 0,001$) y una disminución significativa de las estrategias desadaptativas de autocrítica y retirada social ($p < 0,001$). Además, el afrontamiento postintervención se asoció significativamente con el nivel educativo ($p = 0,0178$) y el tiempo de cuidado diario ($p = 0,0023$). La intervención favoreció un afrontamiento socialmente apoyado, reduciendo el aislamiento y fortaleciendo la autoeficacia, coherente con Roy. **Conclusiones:** Las



estrategias de enfermería basadas en el Modelo de Adaptación de Callista Roy fortalecieron la capacidad adaptativa en los cuidadores, consolidando el rol ético y comunitario de la enfermería en el bienestar familiar.

Palabras clave: Teoría de Enfermería; Atención de Enfermería; Personas con Discapacidad; Familiares Acompañantes; Cuidadores.

ABSTRACT

Introduction: Disability affects 7% of the Ecuadorian population, generating physical, emotional, and social burdens on family caregivers. The incidence is highest among women over 50 years of age. In this context, Callista Roy's Adaptation Model offers a theoretical framework to promote resilience and improve coping strategies. **Objective:** To evaluate the implementation of a nursing strategy that facilitates the adaptation of family members of patients with disabilities, designed according to Callista Roy's Adaptation Model. **Methodology:** A quasi-experimental, quantitative, longitudinal, pre- and post-test study was conducted between May and August 2025 with 50 caregivers selected by convenience sampling. The Coping Strategies Inventory and a sociodemographic survey were administered. The educational intervention consisted of eight weeks of workshops, group activities, and home visits. **Results:** The intervention produced statistically significant improvements in adaptive coping strategies (social support, cognitive restructuring, emotional expression, and problem-solving; $p < 0.001$) and a significant decrease in maladaptive strategies such as self-criticism and social withdrawal ($p < 0.001$). Furthermore, post-intervention coping was significantly associated with educational level ($p = 0.0178$) and daily caregiving time ($p = 0.0023$). The intervention promoted socially supported coping, reducing isolation and strengthening self-efficacy, consistent with Roy's model. **Conclusions:** Nursing strategies based on Callista Roy's Adaptive Model strengthened caregivers' adaptive capacity, reinforcing the ethical and community-based role of nursing in family well-being.

Keywords: Nursing Theory; Nursing Care; Persons with Disabilities; Accompanying Family Members; Caregivers.

RESUMO

Introdução: A deficiência afeta 7% da população equatoriana, gerando encargos físicos, emocionais e sociais para os cuidadores familiares. A incidência é maior entre mulheres com mais de 50 anos de idade. Nesse contexto, o Modelo de Adaptação de Callista Roy oferece um arcabouço teórico para promover a resiliência e aprimorar as estratégias de enfrentamento. **Objetivo:** Avaliar a implementação de uma estratégia de enfermagem que facilita a adaptação de familiares de pacientes com deficiência, elaborada segundo o Modelo de Adaptação de Callista Roy. **Metodologia:** Estudo quase-experimental, quantitativo, longitudinal, com pré e pós-teste, entre maio e agosto de 2025, com 50 cuidadores selecionados por amostragem de conveniência. Foram aplicados o Inventário de Estratégias de Enfrentamento e um questionário sociodemográfico. A intervenção educativa consistiu em oito semanas de oficinas, atividades em grupo e visitas domiciliares. **Resultados:** A intervenção produziu melhorias estatisticamente significativas nas estratégias de enfrentamento adaptativas (apoio social, reestruturação cognitiva, expressão emocional e resolução de problemas; $p < 0,001$) e uma diminuição significativa nas estratégias mal-adaptativas, como autocrítica e isolamento social ($p < 0,001$). Além disso, o enfrentamento pós-intervenção apresentou associação significativa com o nível de escolaridade ($p = 0,0178$) e o tempo diário dedicado aos cuidados ($p = 0,0023$). A intervenção promoveu o enfrentamento com apoio social, reduzindo o isolamento e fortalecendo a autoeficácia, em consonância com o modelo de Roy. **Conclusões:** As estratégias de enfermagem baseadas no Modelo Adaptativo de Callista Roy fortaleceram a capacidade adaptativa dos cuidadores, reforçando o papel ético e comunitário da enfermagem no bem-estar familiar.

Palavras-chave: Teoria de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Pessoas com Deficiência; Familiares Acompanhantes; Cuidadores.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad va mucho más allá de una simple definición médica o legal; es una experiencia que impacta profundamente la vida diaria de millones de personas en todo el mundo. Implica una condición que puede dificultar la participación plena en la sociedad y no solo representa un desafío individual, sino también uno que nos concierne como comunidad.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad es una limitación o restricción en la capacidad de llevar a cabo actividades de la manera en que se considera habitual para la mayoría.² Se calcula que cerca de 1.300 millones de personas, es decir, el 16% de la población mundial, viven con algún tipo de discapacidad. En América Latina y el Caribe, esta cifra representa aproximadamente al 12% de la población, lo que equivale a unos 66 millones de personas.²

A nivel de Ecuador, las cifras del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades del 2025 muestran una realidad que merece ser mirada con atención y compromiso. Actualmente, 487.542 personas en el país viven con algún tipo de discapacidad, lo que equivale al 7% de la población nacional. De ese total, el 56,5% son hombres y el 43,5% mujeres, lo que también revela una dimensión de género dentro de esta realidad. Si nos enfocamos en el ámbito local, en la provincia de Tungurahua, el 2,8% de la población vive con alguna discapacidad y la mayoría de estas personas (un 60,5%) reside en el cantón Ambato.³ En Ecuador, garantizar los derechos de las personas con discapacidad es un mandato legal respaldado por la Ley Orgánica de Discapacidades. Un aporte valioso de la ley es el reconocimiento a los cuidadores, cuya labor cotidiana, muchas veces invisibilizada, resulta esencial para la calidad de vida de quienes viven con discapacidad.⁴

Los cuidadores familiares, en su mayoría mujeres, cumplen un rol esencial en la vida de las personas con discapacidad. Su labor implica cambios profundos en la rutina diaria y suele asumirse sin reconocimiento ni compensación económica.⁵ Esta responsabilidad constante genera una sobrecarga física, emocional y económica que se manifiesta en limitaciones para trabajar, estudiar o socializar, así como en mayores gastos asociados al cuidado. Como consecuencia, los cuidadores experimentan estrés, ansiedad, frustración y depresión, lo que deteriora progresivamente su calidad de vida.⁶⁻⁸

En este escenario, la enfermería no solo asiste al paciente, sino también a su familia. Mediante la educación y el apoyo emocional, es posible disminuir el estrés, fortalecer la resiliencia y mejorar la capacidad de adaptación tanto a nivel físico como emocional y social.⁹⁻¹⁰ Aquí cobra relevancia el Modelo de Adaptación de Callista Roy, el cual concibe al ser humano como un sistema dinámico que responde a los estímulos del entorno mediante cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, rol-función e interdependencia. Su utilidad práctica ha sido demostrada en múltiples contextos. Estudios han usado este modelo para diseñar una intervención, muestran mejoras en el afrontamiento y la respuesta adaptativa de adultos mayores con enfermedades crónicas.⁹ A nivel internacional, se han documentado más de cinco décadas de aplicación exitosa del modelo en el cuidado crónico, con resultados consistentes en diversas culturas;¹⁰ además, se ha demostrado su efectividad en intervenciones dirigidas al personal de enfermería, mejorando resiliencia y bienestar emocional. En conjunto, estos antecedentes respaldan el uso de un diseño intervencional para evaluar cambios adaptativos (lo que subsume el afrontamiento) generados por una intervención educativa sustentada en este marco teórico.¹¹

Dicho lo anterior, este estudio tuvo como objetivo evaluar la implementación de una estrategia de enfermería que facilite la adaptación de los familiares de pacientes con discapacidad, diseñada según el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se desarrolló un estudio cuasiexperimental transversal. El reporte se orientó según la guía *Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs* (TREND), realzando la claridad y transparencia en la descripción del diseño cuasiexperimental.¹²

Participantes

La población del estudio estuvo constituida por familiares cuidadores de personas con discapacidad pertenecientes al Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) de la Parroquia de estudio, ubicado en la provincia de Tungurahua, Ecuador. El proceso de investigación se desarrolló entre mayo y agosto de 2025, en el marco de las actividades comunitarias de salud y apoyo social que ejecuta el GAD en coordinación con la Unidad de Titulación de la Universidad Técnica de Ambato.

El reclutamiento se llevó a cabo en mayo de 2025 en la casa comunal, tras la aprobación del Comité de Bioética. Se captó a cuidadores de personas con discapacidad registrados en el programa parroquial de asistencia comunitaria. En la zona de estudio se registraron 30 personas con discapacidad y 172 familiares. Se incluyeron cuidadores familiares mayores de 18 años, con vínculo directo con la persona con discapacidad, que se desempeñaran como cuidador principal o habitual durante al menos seis meses, residieran permanentemente en la parroquia donde se ejecutó la intervención y dispusieran del tiempo necesario para participar en todas las fases del estudio. Se excluyeron aquellos cuidadores que presentaron dificultades de comunicación que impidieran la aplicación adecuada de los instrumentos o no completaran la intervención en todas sus fases.

Se invitó a los cuidadores directos según su disponibilidad e interés, mediante una convocatoria comunitaria apoyada por líderes barriales y personal de salud. Los familiares cuidadores fueron convocados mediante una reunión informativa e invitados. Quienes aceptaron participar fueron enrolados previa firma de consentimiento informado, garantizando su participación voluntaria y la confidencialidad de los datos proporcionados. La intervención educativa y el seguimiento se realizaron entre julio y agosto de 2025, considerando ocho semanas de talleres y visitas domiciliarias de rescate a participantes que no pudieran asistir. No se realizó un cálculo formal del tamaño de muestra debido al diseño cuasiexperimental y al enfoque pre-post aplicado a una población accesible.¹³⁻¹⁴

Intervención

La intervención se fundamentó en el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Su propósito fue fortalecer las estrategias de adaptación de los familiares cuidadores de personas con discapacidad, promoviendo su bienestar integral y resiliencia frente al estrés derivado del cuidado prolongado.⁹⁻¹⁰ Esta intervención se desglosa en la Tabla N°1.

La estrategia se implementó mediante un programa educativo participativo de 8 semanas de duración, que combinó diversas metodologías de enseñanza-aprendizaje: Talleres grupales semanales de 90 minutos cada uno, dinámicas participativas y estudios de caso enfocados en situaciones cotidianas del cuidado; materiales educativos impresos y audiovisuales adaptados al contexto local, y visitas domiciliarias complementarias dirigidas a los cuidadores que no pudieron asistir a las sesiones grupales, programadas dentro de los 3 días posteriores a la sesión.¹⁵ En conjunto, el programa se extendió por 60 días, incluyendo la evaluación final.

Tabla N°1: Programa educativo se organizó conforme a los cuatro modos adaptativos del modelo

Modo de adaptación	Sesiones	Objetivo de la intervención	Actividades concretas	Procedimiento	Duración
Fisiológico	Sesión 1 y 2	Mejorar el bienestar físico y hábitos saludables	Respiración Pausas activas Relajación muscular progresiva Recomendaciones de autocuidado físico	El método de administración fueron las técnicas de respiración consciente guiada para reducir tensión y ansiedad. Pausas activas durante las sesiones para movilizar cuerpo y relajar músculos. Ejercicios de relajación muscular, incluyendo estiramientos y liberación de tensión. Recomendaciones prácticas sobre el descanso óptimo, autocuidado diario y alimentación saludable.	90 min por sesión
Autoconcepto	Sesión 3 y 4	Fortalecer autoestima, resiliencia y manejo del estrés	Autoafirmación Identificación de pensamientos negativos Reestructuración cognitiva Meditación guiada	Dinámicas grupales de autoafirmación, reconocimiento de logros y fortalezas personales. Reestructuración de pensamientos negativos mediante ejercicios de reflexión sobre experiencias cotidianas de cuidado. Técnicas de manejo del estrés, como meditación guiada, respiración diafragmática y visualización positiva. Ejercicios prácticos de desarrollo de autoeficacia aplicados a situaciones concretas del cuidado de la persona con discapacidad.	90 min por sesión
Interdependencia	Sesión 5 y 6	Potenciar redes de apoyo social y sentido de pertenencia	Redes de apoyo Dinámicas colaborativas Identificación de recursos comunitarios	Creación de grupos de apoyo entre cuidadores para compartir experiencias y estrategias. Vinculación con organizaciones comunitarias y participación en actividades locales. Dinámicas grupales para fomentar cooperación, solidaridad y sentido de pertenencia dentro de la comunidad de cuidadores. Establecimiento de contactos de seguimiento entre participantes para mantener la red de apoyo.	90 min por sesión
Rol-función	Sesión 7 y 8	Mejorar comunicación familiar y toma de decisiones compartida	Comunicación asertiva <i>Role playing</i> Redefinición de roles	Talleres de comunicación asertiva familiar con ejercicios prácticos de escucha activa y expresión de necesidades. <i>Role-playing</i> (Juego de rol) de situaciones cotidianas del cuidado para practicar resolución de conflictos y asignación de tareas. Redefinición de roles familiares mediante ejercicios de planificación conjunta y toma de decisiones compartida en el hogar. Estrategias para involucrar a todos los miembros de la familia en el cuidado de manera equilibrada.	90 min por sesión

Fuente: Elaboración propia.

El destinatario fue el grupo de cuidadores familiares. Las actividades fueron dirigidas y aplicadas por investigadores de enfermería especializados en el Modelo de Adaptación de Callista Roy y educación comunitaria. Todas las sesiones se realizaron en la casa comunal de la parroquia y en visitas domiciliarias para las personas que no pudieron asistir a las reuniones.

El cumplimiento del protocolo se garantizó mediante registros de asistencia y formatos estandarizados que documentaron cada sesión, incluyendo número de participantes, temas abordados y observaciones. Además, las evaluaciones pre y post se aplicaron bajo condiciones uniformes para todos los participantes, con el fin de mantener la consistencia operativa del procedimiento.¹⁵

Instrumentos y herramientas de recolección de datos

Se aplicó una encuesta sociodemográfica que recopiló información personal como sexo, edad, ocupación, nivel educativo, entre otros. Esta encuesta fue aplicada de manera presencial antes de la intervención. Los datos obtenidos permitieron caracterizar la muestra y contextualizar los resultados.¹⁵

Se utilizó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA), versión en español del *Coping Strategies Inventory* (CSI),¹⁶ desarrollado originalmente en lengua española y ampliamente utilizado en poblaciones hispanohablantes.¹⁷ Este instrumento consta de 40 ítems distribuidos en ocho dimensiones: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica. Cada ítem se califica en una escala tipo Likert de cinco puntos (0 = “en absoluto” a 4 = “totalmente”).

En este estudio, la consistencia interna del instrumento se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con un valor de 0,844. Es importante señalar que esta medida solo refleja la consistencia interna y no otras propiedades psicométricas, cuya evidencia proviene de estudios previos de validación realizados en España y otras poblaciones.¹⁷ La distribución de los ítems según las claves de corrección es la siguiente: resolución de problemas (ítems 1, 9, 17, 25, 33), autocrítica (ítems 2, 10, 18, 26, 34), expresión emocional (ítems 3, 11, 19, 27, 35), pensamiento desiderativo (ítems 4, 12, 20, 28, 36), apoyo social (ítems 5, 13, 21, 29, 37), reestructuración cognitiva (ítems 6, 14, 22, 30, 38), evitación de problemas (ítems 7, 15, 23, 31, 39) y retirada social (ítems 8, 16, 24, 32, 40).¹⁷

Los instrumentos fueron aplicados por los investigadores. Durante la recolección de datos se implementaron medidas de control de calidad, que incluyeron la aplicación en un entorno tranquilo y privado, la revisión inmediata de los cuestionarios para identificar errores u omisiones, la verificación doble de la información digitalizada y la asignación de un código numérico anónimo basado en las iniciales del participante, con el fin de preservar la confidencialidad y la integridad de los datos. El post-test se aplicó ocho semanas después, manteniendo las mismas condiciones, secuencia y evaluador para reducir el sesgo de medición y garantizar la comparabilidad.

Análisis de los datos

Los datos fueron digitalizados en una base única y verificados por doble ingreso independiente para evitar errores, realizando una limpieza preliminar de valores atípicos e inconsistencias. Se aplicó estadística descriptiva para caracterizar a los cuidadores mediante frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar.

Previo al análisis inferencial, se evaluó la distribución de los datos mediante la prueba de normalidad de Shapiro–Wilk, debido al tamaño de muestra ($n=50$). Siete dimensiones del IEA presentaron normalidad (W entre 0,9559 y 0,9805; $p \geq 0,05$). Solo la dimensión Pensamiento desiderativo mostró distribución casi normal ($W = 0,9427$; $p = 0,0211$). En conjunto, la normalidad general de las variables permitió el uso de análisis paramétricos.¹⁵

Con estadística inferencial, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para analizar la relación entre las variables sociodemográficas y los niveles de afrontamiento en la medición pre intervención, empleando como criterio de significancia $p < 0,05$. Para el análisis correlacional, se utilizó el

coeficiente de correlación de Pearson (r) para examinar asociaciones entre las ocho dimensiones del IEA en la medición pre intervención, reportando el valor r y su significancia ($p < 0,05$).¹⁵

Para comparar las mediciones pre y post intervención, se empleó la prueba t de Student para muestras relacionadas, con el fin de determinar los cambios en cada dimensión del IEA. Este análisis incluyó la media pre, media post, el cambio absoluto, el estadístico t , el valor p , y los intervalos de confianza al 95% para cada dimensión, permitiendo identificar las diferencias estadísticamente significativas en la evolución del afrontamiento. Para evaluar los cambios entre la medición pre y post intervención, se aplicó la prueba t para muestras relacionadas, indicando la dirección y magnitud del cambio junto con los valores t , p e intervalos de confianza al 95%, siguiendo los estándares metodológicos en salud.^{15,18} Todos los análisis fueron realizados con el software *IBM SPSS Statistics* v.26.

Aspectos Éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la universidad respectiva mediante Oficio N° 075 CEISH 2025 del 24 de junio de 2025. Todos los participantes recibieron información clara sobre los objetivos, derechos y confidencialidad de los datos, firmando un consentimiento informado previo. Se cumplieron los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, y la intervención se diseñó con sensibilidad hacia la realidad de los cuidadores familiares, promoviendo su bienestar emocional, participación activa y empoderamiento dentro del proceso de cuidado.¹⁹⁻²¹

RESULTADOS

En la Figura N°1 se describe el proceso de captación, enrolamiento y seguimiento. La muestra final enroló a 50 cuidadores, seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia, apropiado para el carácter exploratorio del estudio. Todos completaron las fases pre y post-test, sin pérdidas durante el seguimiento. En la captación domiciliar se incluyeron 3 personas que no pudieron asistir presencialmente.

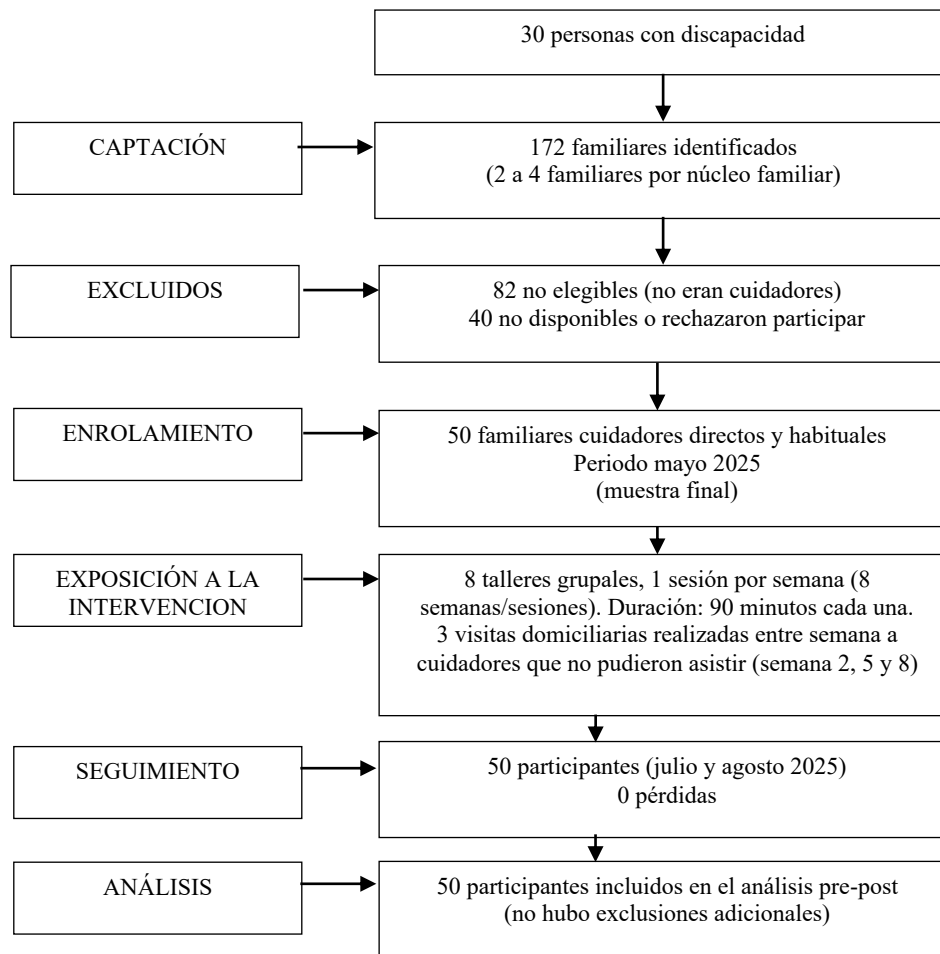
Caracterización de la muestra

La mayoría de los participantes eran mujeres (76%) y el grupo etario predominante correspondió a personas de 55 a 64 años (26%). En relación con la escolaridad, el 38% tenía educación primaria completa, constituyendo el grupo más numeroso. La mitad de los participantes se desempeñaban como amas de casa y el 66% reportó ingresos mensuales inferiores a 470 USD (Tabla N°1).

Respecto a las personas cuidadas, la discapacidad intelectual fue el diagnóstico más frecuente (32%), y más de la mitad presentaban dependencia parcial (52%). Asimismo, el 62% de los cuidadores dedicaban más de 12 horas diarias a las labores de atención, lo que evidencia una alta carga de trabajo y responsabilidad continua (Tabla N°1).

En la medición preintervención no se identificaron asociaciones estadísticamente entre el nivel de afrontamiento familiar y las variables sociodemográficas ($p > 0,05$). Posterior a la intervención, se observaron asociaciones estadísticamente entre el nivel de afrontamiento familiar y el nivel educativo ($p = 0,0178$), destacando los cuidadores con educación superior (16%; $n = 8$), así como con el tiempo de cuidado diario ($p = 0,0023$), evidenciándose mayores niveles de afrontamiento en quienes dedicaban más de 12 horas diarias al cuidado (62%; $n = 31$). Ver Tabla N°2.

Figura N°1: Diagrama de flujo del estudio



Fuente: Elaboración propia.

Niveles de afrontamiento familiar en los participantes previo a la intervención

Antes de la intervención, los cuidadores presentaban niveles medios a altos de afrontamiento global, con puntajes elevados en apoyo social (7,18), expresión emocional (8,72) y reestructuración cognitiva (9,50), mientras que las estrategias desadaptativas predominantes fueron autocrítica (8,84) y retirada social (12,72). La mayoría se ubicó en promedio de 7,18 y 16,90 del IEA, sin encontrarse asociaciones significativas con las variables sociodemográficas ($p > 0,05$), aunque se observaron tendencias en ocupación ($p = 0,0652$) e ingreso mensual ($p = 0,0811$). Ver Tabla N°4.

Niveles de afrontamiento familiar en los participantes posterior a la intervención

Posterior a la intervención educativa, se evidenció un incremento significativo en las estrategias adaptativas y una disminución marcada de las desadaptativas. Los mayores aumentos correspondieron a apoyo social (12,56), reestructuración cognitiva (13,92), expresión emocional (12,66) y resolución de problemas (14,60), mientras que las reducciones más notorias se observaron en autocrítica (3,84) y retirada social (5,42). Tras la intervención, la mayoría de los cuidadores se ubicó en el nivel “Muy alto” del IEA, con cambios estadísticamente significativos en casi todas las

dimensiones ($p < 0,05$), excepto en pensamiento desiderativo, que permaneció estable (Tabla N°3 y N°4).

Tabla N°2: Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Categorías	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	38	76,0
	Masculino	12	24,0
Edad	55-64 años	13	26,0
	35-44 años	10	20,0
	65 años o mas	9	18,0
	Otros	18	36,0
Nivel educativo	Primaria completa	19	38,0
	Primaria incompleta	12	24,0
	Superior	8	16,0
	Otros	11	22,0
Ocupación actual	Ama de casa	25	50,0
	Empleado tiempo completo	6	12,0
	Trabajador independiente	5	10,0
	Otros	14	28,0
Ingreso mensual del hogar	Menos de \$470	33	66,0
	\$470 - \$1.000	11	22,0
	Otros	6	12,0
Tipo de discapacidad del paciente	Intelectual	16	32,0
	Física	13	26,0
	Física - Intelectual	5	10,0
	Otros	16	32,0
Nivel de dependencia del paciente	Parcialmente dependiente	26	52,0
	Totalmente dependiente	22	44,0
	Otros	2	4,0
Tiempo de cuidado diario	Más de 12 horas	31	62,0
	6-9 horas	10	20,0
	Otros	9	18,0

Fuente: Elaboración propia.

Evaluación de los niveles de afrontamiento familiar en los participantes

Se analizaron las ocho dimensiones del IEA antes y después de la intervención. Los resultados muestran mejoras significativas en la mayoría de las estrategias adaptativas después de la intervención. Se evidenciaron incrementos importantes en resolución de problemas, expresión emocional, apoyo social y reestructuración cognitiva ($p < 0,001$), con aumentos de entre 2,36 y 5,38 puntos. Paralelamente, las estrategias desadaptativas disminuyeron de forma notable, especialmente autocrítica (-5,00) y retirada social (-7,30), ambas con $p < 0,001$. Las únicas dimensiones que no mostraron cambios significativos fueron pensamiento desiderativo ($p = 0,4205$) y evitación de problemas ($p = 0,6188$), que permanecieron estables en las mediciones pre y post. En conjunto, los hallazgos sugieren un impacto positivo de la intervención, con fortalecimiento de estrategias adaptativas y reducción de respuestas desadaptativas en los cuidadores familiares, como se ve en la Tabla N°4.

Relaciones entre las dimensiones del instrumento en los participantes

El análisis correlacional se empleó para identificar las relaciones entre las dimensiones del IEA dentro de cada momento de medición, sin evaluar cambios pre-post, según la Tabla N°5.

Pre intervención, se observaron correlaciones positivas moderadas entre resolución de problemas y reestructuración cognitiva ($r = 0,75$), expresión emocional y apoyo social ($r = 0,45$), además de resolución de problemas y expresión emocional ($r = 0,48$). También destacaron correlaciones negativas entre resolución de problemas y retirada social ($r = -0,60$), y entre apoyo social y pensamiento desiderativo ($r = -0,51$), lo que evidenció un afrontamiento mixto antes del programa educativo.

Tabla N°3: Resumen del análisis inferencial entre variables sociodemográficas y nivel de afrontamiento (pre y post intervención)

Variable sociodemográfica	Categoría	%	Nivel de afrontamiento pre-intervención		Nivel de afrontamiento post-intervención	
			Promedio	χ^2 (p)	Promedio	χ^2 (p)
Sexo	Femenino	76	84,7	0,307 (p=0,8729)	87,9	0,227 (p=0,8934)
	Masculino	24	83,5		86,4	
Edad	55–64 años	26	85,1	0,390 (p=0,1839)	88,3	0,417 (p=0,2031)
	35–44 años	20	84,5		87,1	
	≥ 65 años	18	83,9		86,8	
	Otros	36	84,1		87,0	
Nivel educativo	Primaria completa	38	84,7	0,873 (p=0,1178)	90,2	0,870 (p=0,0178)*
	Primaria incompleta	24	83,1		87,5	
	Superior	16	86,4		92,1	
	Otros	22	84,0		87,2	
Ocupación actual	Ama de casa	50	84,9	0,065 (p=0,2038)	87,4	0,107 (p=0,2941)
	Empleado tiempo completo	12	83,7		86,9	
	Independiente	10	85,2		88,3	
	Otros	28	84,3		87,1	
Ingreso mensual del hogar	< 470 USD	66	84,3	0,081 (p=0,8763)	87,2	0,109 (p=0,9252)
	470–1000 USD	22	85,8		89,1	
	Otros	12	84,9		88,0	
Tipo de discapacidad	Intelectual	32	85,4	0,094 (p=0,9809)	88,6	0,128 (p=0,8934)
	Física	26	84,1		87,3	
	Física–intelectual	10	83,9		86,5	
	Otros	32	84,5		87,8	
Tiempo de cuidado diario	> 12 horas	62	84,1	0,732 (p=0,1456)	90,3	0,732 (p=0,0023)*
	6–9 horas	20	85,2		87,8	
	Otros	18	84,7		87,0	

Fuente: Elaboración propia.

Post intervención, se observó una reorganización de las relaciones entre las dimensiones, con una correlación positiva entre resolución de problemas y pensamiento desiderativo ($r = 0,62$), y negativas entre autocrítica y reestructuración cognitiva ($r = -0,55$), así como entre expresión emocional y pensamiento desiderativo ($r = -0,27$). La relación entre reestructuración cognitiva y resolución de problemas se invirtió (de $r = 0,75$ a $r = -0,36$), reflejando un cambio hacia estrategias

más reflexivas y controladas. En el estudio no se registraron efectos adversos (efectos psicológicos negativos o daños) derivados de la intervención educativa.

Tabla N°4: Análisis inferencial comparativo de las dimensiones del IEA pre y post de la intervención

Dimensión	Pre		Post		Cambio absoluto	T de student	
	Promedio	IC95%	Promedio	IC95%		F	p-valor
Resolución de problemas	12,24	11,20–13,28	14,60	13,91–15,29	+2,36	3,77	0,0004
Autocrítica	8,84	7,05–10,63	3,84	3,02–4,66	-5,00	-6,09	0,0000
Expresión emocional	8,72	7,88–9,56	12,66	12,02–13,30	+3,94	7,47	0,0000
Pensamiento desiderativo	16,90	15,64–18,16	17,56	16,56–18,56	+0,66	0,81	0,4205
Apoyo social	7,18	6,02–8,34	12,56	11,78–13,34	+5,38	8,50	0,0000
Reestructuración cognitiva	9,50	8,41–10,59	13,92	13,20–14,64	+4,42	8,23	0,0000
Evitación de problemas	9,56	8,66–10,46	9,28	8,62–9,94	-0,28	-0,50	0,6188
Retirada social	12,72	11,36–14,08	5,42	4,91–5,93	-7,30	-10,47	0,0000

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°5: Análisis correlacional de dimensiones del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Dimensiones relacionadas	Coeficiente de correlación (r)	
	Pre-intervención	Post-intervención
Resolución de problemas – Reestructuración cognitiva	0,75	—
Expresión emocional – Apoyo social	0,45	—
Resolución de problemas – Expresión emocional	0,48	—
Resolución de problemas – Retirada social	-0,60	—
Apoyo social – Pensamiento desiderativo	-0,51	—
Resolución de problemas – Reestructuración cognitiva	—	-0,36
Resolución de problemas – Pensamiento desiderativo	—	0,62
Expresión emocional – Pensamiento desiderativo	—	-0,27
Autocrítica – Reestructuración cognitiva	—	-0,55

Fuente: Elaboración propia

DISCUSION

Perfil sociodemográfico del cuidador familiar y su relación con el afrontamiento

Los resultados evidenciaron que la mayoría de los cuidadores eran mujeres mayores de 50 años, con bajo nivel educativo, dedicadas al hogar y con ingresos limitados, un perfil coincidente con estudios previos en diferentes contextos.²² En México, por ejemplo, se reportó en un estudio que el 81,7 % de los cuidadores de niños con enfermedades crónicas eran mujeres con escolaridad básica y labores no remuneradas, hallazgo que se replica en investigaciones internacionales donde el cuidado

informal recae principalmente en mujeres de edad media o avanzada, especialmente madres o hijas del paciente.²³

Desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Roy, estos cuidadores se enfrentan a estímulos focales (discapacidad del ser querido), contextuales (falta de apoyo, sobrecarga, edad avanzada) y residuales (antecedentes de estrés o enfermedad). Este perfil sociodemográfico no solo caracteriza una condición social, sino que también influye en los patrones de afrontamiento observados, ya que más del 60 % de los participantes dedicaban más de 12 horas diarias al cuidado.

Cambios en el afrontamiento pre y post intervención y su interpretación

El análisis t de Student mostró que la intervención educativa generó mejoras significativas en la mayoría de las dimensiones adaptativas del afrontamiento, especialmente en resolución de problemas, expresión emocional, apoyo social y reestructuración cognitiva. Estos resultados son coherentes con estudios previos que demuestran la eficacia de intervenciones basadas en el Modelo de Adaptación de Roy para fortalecer respuestas adaptativas y el bienestar del cuidador.^{18,24-25}

Asimismo, se observó una disminución significativa de estrategias desadaptativas como autocrítica y retirada social, en concordancia con evidencia que relaciona estas intervenciones con menor aislamiento y reducción de la carga emocional.²⁶⁻²⁷ En contraste, pensamiento desiderativo y evitación de problemas no presentaron cambios significativos, lo cual coincide con estudios que los describen como patrones más estables y menos modificables en intervenciones breves. En conjunto, los resultados confirman la efectividad de la intervención y respaldan la pertinencia del modelo de Roy para mejorar el afrontamiento del cuidador familiar.²⁵

Cambios en las estrategias de afrontamiento después la intervención

Se registraron incrementos importantes en las estrategias adaptativas, especialmente en apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional y resolución de problemas, mientras que las estrategias desadaptativas como retirada social y autocrítica mostraron disminuciones notables. Estos hallazgos coinciden con estudios cuasiexperimentales previos que reportan mejoras en la autoeficacia y la resolución de problemas en cuidadores tras intervenciones educativas sustentadas en el Modelo de Adaptación de Callista Roy.²⁵ Además, la participación activa del personal de enfermería en programas estructurados contribuye al fortalecimiento de redes de apoyo y reducción del aislamiento, siendo el apoyo social la dimensión con mayor mejora, lo que confirma la efectividad del enfoque participativo implementado en este estudio.²⁶

Disminución de estrategias desadaptativas

Uno de los cambios más relevantes observados tras la intervención educativa fue la reducción estadísticamente significativa de las estrategias de afrontamiento desadaptativas, especialmente en las dimensiones de autocrítica y retirada social. Estas diferencias entre los puntajes promedio pre-test y post-test reflejan un cambio relevante tanto a nivel estadístico como clínico. La autocrítica, entendida como la tendencia a culparse, desvalorizarse o sentirse incapaz, se ha descrito como un predictor de ansiedad y síntomas depresivos en cuidadores de personas con enfermedades crónicas o discapacidad, en coherencia con estudios anteriores.²⁶⁻²⁷ En este estudio, la intervención educativa sustentada en el Modelo de Adaptación de Callista Roy logró reducir de manera notable esta respuesta emocional negativa, coherente con otros trabajos que reportan disminución de pensamientos autodestructivos y aumento de la autoeficacia luego de programas de acompañamiento psicoeducativo.²⁴

En cuanto a la retirada social, esta se relaciona con la evitación de vínculos y conversaciones que podrían brindar apoyo emocional, y suele asociarse con soledad, sobrecarga subjetiva e incluso

riesgo de ideación suicida en cuidadores con alta demanda. De igual manera, un estudio evidenció que los cuidadores informales de personas con discapacidad presentan altos niveles de estrés y síntomas depresivos vinculados al aislamiento social.²⁸ De forma complementaria, estudios internacionales confirman que la percepción de ser una carga y la falta de apoyo social incrementan el riesgo de ideación suicida y conductas autodestructivas en este grupo vulnerable.²⁹⁻³⁰

La reducción de 7,3 puntos en la dimensión de retirada social constituye uno de los hallazgos más significativos del estudio. Este cambio podría atribuirse al fortalecimiento del apoyo social como estrategia activa y a la creación de espacios de diálogo y reconocimiento colectivo durante la intervención, los cuales fomentaron la participación, el intercambio emocional y el sentido de pertenencia entre los cuidadores familiares, contribuyendo así a un afrontamiento más saludable y resiliente.

Asociación entre variables sociodemográficas y afrontamiento

El análisis antes y después de la intervención mostró que algunas variables sociodemográficas influyen de manera significativa en el afrontamiento de los cuidadores, lo que sugiere que se trata de un proceso condicionado por factores personales. Los cuidadores con educación secundaria o superior alcanzaron niveles significativamente más altos de afrontamiento adaptativo tras la intervención ($p=0,0178$). Este hallazgo concuerda con un estudio donde se evidenció que un programa educativo basado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy mejoró las habilidades de afrontamiento en cuidadores.³¹ Los cuidadores que dedican más de 12 horas diarias al cuidado, a pesar de estar más expuestos al estrés, mostraron un mejor afrontamiento posterior a la intervención, lo que sugiere que quienes enfrentan una alta carga pueden beneficiarse más de estrategias educativas estructuradas.

Por otro lado, variables como el sexo, edad, el ingreso mensual del hogar y la ocupación no presentaron asociación estadísticamente significativa. La homogeneidad del grupo y el efecto nivelador de la intervención podrían explicar esta ausencia de diferencias, a pesar de que estudios previos sí habían señalado influencia de género o nivel socioeconómico.²² Estos hallazgos resaltan la importancia de personalizar las intervenciones según el nivel educativo y las condiciones del cuidador, asegurando el acceso a programas inclusivos. Además, aportan criterios para políticas públicas más equitativas, en contextos donde el cuidado no remunerado sostiene gran parte del apoyo a personas con discapacidad.⁶

Reorganización del afrontamiento: evidencia correlacional

El análisis correlacional entre las dimensiones del IEA mostró una transformación estructural en los patrones de relación entre estrategias utilizadas por los cuidadores familiares. Esto no sugiere solo un cambio cuantitativo, sino también cualitativo en la forma en que los participantes enfrentan el estrés asociado al cuidado de personas con discapacidad.

En el contexto pre intervención, varios cuidadores aplicaban estrategias contradictorias de manera simultánea, reflejando un afrontamiento poco estructurado, posiblemente guiado más por la intuición. En relación a esto, se ha argumentado que, en ciertos casos, la mezcla de estrategias puede reflejar flexibilidad adaptativa inicial, útil para explorar opciones hasta encontrar mecanismos más eficaces, lo que sugiere que no toda coexistencia de estrategias contradictorias debe interpretarse como negativa.³² En el contexto post intervención, la relación entre reestructuración cognitiva y expresión emocional se consolidó, mientras que la conexión entre autocrítica y apoyo social se volvió negativa. Esto sugiere que los cuidadores empezaron a emplear un repertorio más coherente y orientado al bienestar, lo cual coincide con reportes de intervenciones educativas basadas en el Modelo de Roy.³³

Dicho esto, algunos estudios advierten que los beneficios de las intervenciones pueden disminuir si no se mantienen apoyos continuos y redes comunitarias, lo que subraya la necesidad de un seguimiento sostenido en los cuidadores.³⁴ Se ha señalado, también, que la ausencia de soporte adecuado puede afectar negativamente la adaptación física, psicológica y espiritual de los cuidadores de pacientes con condiciones crónicas.³⁴ De manera complementaria, hay un estudio intervencional basado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy que no solo influyó en el uso de estrategias individuales, sino que también ayudó a reconfigurar las interrelaciones de los cuidadores, promoviendo una arquitectura emocional funcional y coherente.³³ Estos hallazgos confirman que las intervenciones de enfermería deben trascender la enseñanza aislada de técnicas y fomentar un afrontamiento sólido y sostenible en el tiempo, fortaleciendo tanto la capacidad de adaptación como la resiliencia del cuidador.

Valor de la intervención desde una perspectiva comunitaria y ética

Más allá de los cambios individuales alcanzados en los cuidadores, la intervención diseñada y ejecutada en este estudio posee un profundo valor desde una perspectiva comunitaria y ética, al abordar una realidad muchas veces invisibilizada dentro de los sistemas de salud: el cuidado informal en el hogar de personas con discapacidad.³⁵

En América Latina, y particularmente en Ecuador, los cuidadores familiares suelen desempeñar su rol sin capacitación previa, sin remuneración y sin un acompañamiento psicosocial sistemático. Esta situación naturalizada del cuidado no remunerado que la literatura denomina la “doble vulnerabilidad”: la del paciente y la del cuidador. Cerrar la brecha de acceso a la formación y contención para cuidadores informales es una responsabilidad ética del sistema de salud.³⁶⁻³⁸

En línea con el Modelo de Adaptación de Callista Roy, el individuo se entiende en interacción constante con su contexto, donde la familia constituye un sistema clave. Por tanto, intervenir en el cuidador significa también intervenir en la calidad del cuidado brindado.³⁹ Desde la ética del cuidado, que sustenta la práctica enfermera, esta intervención se alinea con los principios de beneficencia, equidad y respeto a la dignidad humana. Ofrecer un espacio de aprendizaje, validación emocional y empoderamiento a los cuidadores no solo mejora sus competencias, sino que los reconoce como sujetos activos dentro del proceso de atención.⁴⁰

Limitaciones

El muestreo por conveniencia restringió la generalización de los hallazgos. Por otro lado, el tamaño muestral reducido limitó la potencia estadística, mientras que el seguimiento a corto plazo impidió evaluar la sostenibilidad de los cambios. Además, las respuestas de las entrevistas podrían estar afectadas por sesgos de deseabilidad social. La intervención se aplicó en contextos distintos (casa comunal y domicilios) lo que pudo generar un sesgo al influir de manera diferente en la experiencia educativa de los participantes.

CONCLUSIONES

Los análisis estadísticos evidenciaron mejoras significativas en las estrategias adaptativas y una reducción en las desadaptativas, además de una asociación significativa entre el nivel educativo, el tiempo de cuidado y el afrontamiento posterior a la intervención, lo que resalta la necesidad de considerar estos factores en el diseño de futuros programas de apoyo.

Los hallazgos confirman el papel fundamental de la enfermería comunitaria como agente clave en la promoción del bienestar emocional y el empoderamiento del cuidador. La incorporación de estrategias educativas participativas en los planes de atención domiciliaria puede mejorar la calidad del cuidado, reducir el desgaste emocional y fortalecer las redes de apoyo. Su bajo costo, con alto

impacto emocional y psicosocial, permite que puedan ser adoptadas por centros de salud y universidades como parte de su plan de vinculación con la comunidad.

Por otro lado, el estudio también reveló que los cuidadores enfrentan barreras estructurales significativas, como la pobreza, el analfabetismo y la falta de apoyo institucional, que pueden limitar la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones. Aquí la enfermería tiene un papel transformador al cerrar las brechas históricas de cuidado, no solo desde lo técnico, sino desde el compromiso ético con los más vulnerables. Además, este estudio ofrece evidencia valiosa sobre la efectividad de intervenciones educativas basadas en el Modelo de Adaptación de Callista Roy, resaltando el valor de este marco teórico en enfermería.

Finalmente, a partir de estos resultados, se recomienda impulsar estudios longitudinales y multicéntricos que evalúen la sostenibilidad de los cambios alcanzados, así como fomentar nuevas líneas de investigación sobre el binomio paciente–cuidador, incorporando variables sociales, clínicas y culturales. Asimismo, se enfatiza la necesidad de políticas públicas que reconozcan al cuidador familiar como sujeto de derechos, garantizando su inclusión, protección y bienestar dentro del sistema de salud y la sociedad.

CONFLICTOS DE INTERÉS: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

ALN: Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción – revisión y edición.

ANJ: Conceptualización, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Choi EH, Cho JH, Yeob KE, Kim SY, Lee YS, Park JH. Key factors influencing quality of life in the disabled based on multifaceted life satisfaction. *Eur J Public Health.* 2024;34(S3):703-4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1813>
2. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad. 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
3. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Estadísticas de Discapacidad. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2025.
4. Asamblea Nacional del Ecuador. Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades. 2020.
5. Leyva-López A, Rivera-Rivera L, Márquez-Caraveo ME, Toledano-Toledano F, Saldaña-Medina C, Chavarría-Guzmán K, et al. Estudio de la calidad de vida en cuidadores familiares de personas con discapacidad intelectual. *Sal Pub Mex.* 2022;64(4):397-405. <https://doi.org/10.21149/13325>
6. Bom J, Bakx P, Schut F, Van Doorslaer E. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *Gerontologist.* 2019;59(5):e629-42. <https://doi.org/10.1093/geront/gny137>
7. Kim B, Wister A, O’Dea E, Mitchell BA, Li L, Kadowaki L. Roles and experiences of informal caregivers of older adults in community and healthcare system navigation: a scoping review. *BMJ Open.* 2023;13(12):e077641. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077641>

8. León JP, Rodríguez YE. Experiences of the informal caregiver of the disabled patient in the home setting. *Sapienza Int J Interdiscip Stud.* 2022;3(5):214–28. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i5.474>
9. García AMA, Bustos BCV, Maya ÁMS. Aplicación del modelo de adaptación de Roy en el contexto comunitario. *Rev Cuid.* 2023;14(3):e07. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3016>
10. Wang X, Zhang Q, Shao J, Ye Z. Conceptualisation and measurement of adaptation within the Roy adaptation model in chronic care: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2020;10(6):e036546. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036546>
11. Callis AM. Application of the Roy adaptation theory to a care program for nurses. *Appl Nurs Res.* 2020;56:151340. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151340>
12. Vlahov D. Transparent reporting of evaluations with nonrandomized designs (TREND). *J Urban Health.* 2004;81(2):163–4. <https://doi.org/10.1093/jurban/jth099>
13. Santamaría-García JM, González-Aguña A, Fernández-Batalla M, Herrero-Jaén S, Jiménez-Rodríguez ML, González-Sotos LA. Metodología deductiva del cuidado: descripción y prueba de los modos de investigación acerca del cuidado. *Enferm Clin.* 2024;34(3):194–206. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.10.004>
14. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. 7ª ed. México: McGraw-Hill. 2018.
15. Arias-Gonzales JL. Diseño y metodología de la investigación. 1ª ed. Perú: Enfoques Consulting EIRL. 2021.
16. Cano FJ, Rodríguez Franco L, García Martínez J. Spanish version of the Coping Strategies Inventory. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(1):29–39.
17. Rodríguez-Díaz FJ, Estrada-Pineda C, Rodríguez-Franco L, Bringas-Molleda C. Adaptación del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) a la población penitenciaria de México. *Psicol Reflex Crit.* 2014;27(3):415–23. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427301>
18. García EXG, Torres NAC. Aplicación del modelo de Callista Roy como herramienta de adaptación al estrés. *Braz J Health Rev.* 2023;6(1):1832–54. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-145>
19. Ng JY, Cobey KD, Ahmed S, Chow V, Maduranayagam SG, Santoro LJ, et al. Recommendations and guidelines for creating scholarly biomedical journals: a scoping review. *PLoS One.* 2023;18(3):e0282168. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282168>
20. Noh JH, Jung HW, Ga H, Lim JY. Ethical guidelines for publishing in the *Annals of Geriatric Medicine and Research.* *Ann Geriatr Med Res.* 2022;26(1):1–3. <https://doi.org/10.4235/agmr.22.0021>
21. Wen B, Zhang G, Zhan C, Chen C, Yi H. The 2024 revision of the Declaration of Helsinki: a modern ethical framework for medical research. *Postgrad Med J.* 2025;101(1194):371–82. <https://doi.org/10.1093/postmj/qgae181>
22. Toledano-Toledano F, Domínguez-Guedea MT. Psychosocial factors related with caregiver burden among families of children with chronic conditions. *Biopsychosoc Med.* 2019;13(6):1–9. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0147-2>
23. Gomes MC, Castro R, Serra WS, Vasconcelos JS, Parente A, Botelho EP, et al. Demographic profile, health, and associated factors of family caregivers and functionality of hospitalized older adults: cross-sectional, exploratory, and descriptive study. *JMIR Form Res.* 2024;8:e54074 <https://doi.org/10.2196/54074>
24. Hosseini M, Soltanian M. Application of Roy's adaptation model in clinical nursing: a systematic review. *J Iran Med Counc.* 2022;5(4):540–56. <https://doi.org/10.18502/jimc.v5i4.11327>
25. Monjezi A, Karampourian A, Khazaei S, Khazaei M. Improving the quality of life and resilience of family caregivers of stroke survivors through education based on the Roy's

- adaptation model: a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res.* 2025;37(185):40520-025. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03096-3>
26. Rodríguez ML, Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno S. Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol del cuidador de personas con enfermedad crónica en San Gil, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2023;55(1):e:23056. <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23056>
 27. Parada-Rico DA, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz OL. Soledad, ansiedad y depresión en la adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico. *Rev Cuid.* 2023;14(1):e2451 <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2451>
 28. Zúñiga WWB, Guerra VEB. Salud mental en cuidadores informales de pacientes con discapacidades que acuden a centros de atención primaria de salud. *Cienc Lat Rev Cient Multidiscip.* 2023;7(4):333–55. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.6874
 29. Van Orden K. Perceived burden on others, loneliness, and suicide risk in caregivers. *Innov Aging.* 2024;8(S1):381. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.1237>
 30. O'Dwyer ST, Janssens A, Sansom A, Biddle L, Mars B, Slater T, et al. Suicidality in family caregivers of people with long-term illnesses and disabilities: a scoping review. *Compr Psychiatry.* 2021;110:152261. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152261>
 31. Mohammadi K, Mehralian HA, Abolhassani S, Kheiri S. The effect of a program based on Roy's adaptation model on coping skills of children of people with multiple sclerosis. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2024;29(6):703-8. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_231_22
 32. Gao J, Nai ZL, Tan WS, Teng PHJ, Neo YW, Chan EY. Lived experiences and coping strategies of unpaid informal caregivers of community-dwelling older adults in Singapore: a qualitative systematic review protocol. *Int J Qual Methods.* 2025;24:1-6. <https://doi.org/10.1177/16094069241312007>
 33. Montoya DIG, Padilla LMR, Betancur MdPV, Yepes MS, Bedoya LNT, Obando CR, et al. Afrontamiento y adaptación en cuidadores principales de niños hospitalizados, según el modelo de Callista Roy. *Medicina UPB.* 2021;40(2):13-21. <https://doi.org/10.18566/medupb.v40n2.a03>
 34. Stiexs A, Chayati N. Study of physical, psychological, and spiritual impact of family caregiver in home-based stroke treatment: a systematic review. *Open Access Maced J Med Sci.* 2021;9(T4):236-9. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5795>
 35. Jesús ME, Posadas RL, Lucero EM, Escamilla R, Yvette EM, Rosas B, et al. Proceso de afrontamiento y adaptación del personal de salud en un Hospital Rural bajo el modelo de Callista Roy. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar.* 2023;7(2):3953-66. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5620
 36. Tinoco-Camarena JM, Hidalgo-Blanco MÁ, Daifuku-Sansano N, Lluch MT, Raigal-Aran L, Puig-Llobet M, et al. Intervenciones enfermeras para disminuir la sobrecarga de cuidadores informales: revisión sistemática de ensayos clínicos. *Enferm Glob.* 2022;21(4):562–86. <https://doi.org/10.6018/eglobal.502351>
 37. De Vries E, Calvache JA, Hernández Zambrano SM. Role of caregivers being trained in assisting in end of life care - Latin American perspective. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2024;18(4):243–8. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000730>
 38. Aksoydan E, Aytar A, Blazeveciene A, van Bruchem-Visser RL, Vaskelyte A, Mattace-Raso F, et al. Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;83:66–74. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.006>
 39. Bueno-Arnau MI, Goberna-Tricas J, López-Matheu C. Ética del cuidado compasivo en la familia: cuidando al cuidador. *MUSAS Rev Investig Mujer Salud Soc.* 2018;3(2):36–51. <https://doi.org/10.1344/musas2018.vol3.num2.3>

Acosta-López N, Acosta-Núñez J. Evaluación de una estrategia de enfermería para la adaptación de familiares de pacientes con discapacidad según Callista Roy. *Rev. chil. enferm.* 2025;7:80421.

40. Haan M, van Gurp J, Boenink M, Olthuis G. A care ethical perspective on family caregiver burden and support. *Nurs Ethics.* 2025;32(6):1873-1885. <https://doi.org/10.1177/09697330251324294>