



Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022

Perfiles de personas cuidadoras de población adulta con dependencia

Noviembre de 2025

Resultado Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022 - ENDIDE 2022
Perfiles de personas cuidadoras de población adulta con dependencia
Noviembre de 2025

División Observatorio Social
Subsecretaría de Evaluación Social
Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Participaron en la elaboración de este documento: Doris Paillaqueo, Dafne Jaime, Maritza España, y la jefatura del departamento de Análisis de la Realidad Social, Jenny Encina, con el apoyo del equipo de estudios de Senadis y Senama, las y los profesionales del equipo del Observatorio Social, la jefatura de división y el gabinete de la Subsecretaría de Evaluación Social.

I. Introducción

El Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) tiene como misión el diseño y aplicación de políticas, planes y programas en materia de equidad y desarrollo social, especialmente aquellas destinadas a erradicar la pobreza y brindar protección social a las personas, familias o grupos vulnerables en distintos momentos del ciclo vital, promoviendo la movilidad e integración social y la participación con igualdad de oportunidades. En este sentido, una de las prioridades de las políticas de Estado es reconocer las necesidades de apoyos y cuidados y mejorar la calidad de vida tanto de las personas que los requieren como de quienes los proveen.

Los *cuidados* se conciben como un trabajo socialmente necesario, que comprende un amplio conjunto de actividades cotidianas orientadas a la gestión y sostenibilidad de la vida, realizadas dentro o fuera del hogar y que generan bienestar biopsicosocial en quienes los reciben. Así, la **Primera Política Nacional de Apoyos y Cuidados (PNAC)**¹ establece que el cuidado constituye un ámbito transversal a la vida humana, pues todas las personas lo requieren a lo largo del curso de vida y, a su vez, lo proveen a otras personas en diferentes grados e intensidad.

En este contexto, este documento tiene por objeto identificar y caracterizar los perfiles de personas cuidadoras principales de población adulta (18 años o más) con dependencia, que proveen cuidados dentro del hogar. Dicha caracterización se realiza mediante una investigación exploratoria basada en un análisis de clases latentes. Para esto, se utilizan como insumo los datos entregados por la **Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022 (Endide)**², cuyo objetivo general fue estimar la prevalencia de la discapacidad y dependencia en Chile.

Este documento se organiza en seis secciones, incluida esta introducción. La sección II presenta los antecedentes sobre el envejecimiento y los cuidados en Chile; la sección III describe en detalle la fuente de datos utilizada para analizar los perfiles de personas cuidadoras principales; la sección IV expone la metodología empleada en el análisis; la sección V muestra los resultados obtenidos; y la sección VI presenta las conclusiones derivadas del análisis.

¹ El detalle de la Política Nacional de Apoyos y Cuidados se puede encontrar en el siguiente enlace:

https://chilecuida.cl/docs/Politica_Nacional_de_Apoyos_y_Cuidados.pdf

² Para más información se puede consultar el siguiente enlace:

<https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endide-2022>

II. Antecedentes sobre el envejecimiento y los cuidados

El contexto actual de los cuidados está determinado por cambios económicos, culturales y demográficos que han vuelto insostenibles los arreglos tradicionales asociados a estas tareas. La creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, las transformaciones en las estructuras familiares, el crecimiento de los flujos migratorios, la mayor expectativa de vida, la disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de las tasas de dependencia han generado una presión creciente para responder a las necesidades de cuidado, tradicionalmente asumidas por los propios hogares y, en particular, por las mujeres (ONU Mujeres, 2018).

En este escenario, se configura lo que diversos organismos internacionales han denominado la crisis global de los cuidados, frente a la cual las Naciones Unidas han promovido una estrategia organizada en torno a lo que se conceptualiza como las *cinco R*: **Reconocer** el trabajo de cuidados; **Redistribuir** las responsabilidades; **Reducir** la dependencia y promover la autonomía; **Recompensar** las labores de cuidado; y garantizar la **Representación** de las personas que trabajan en estas labores, incluyendo el diálogo social y la negociación colectiva (OIT, 2019).

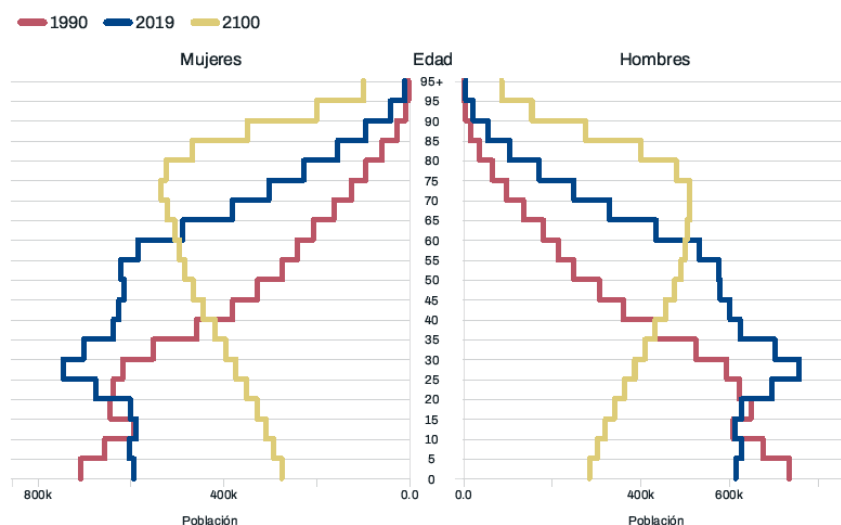
El trabajo de cuidado, junto con las labores domésticas, ha sido asumido históricamente por mujeres y niñas dentro de su propio hogar. La incorporación de las mujeres al mercado del trabajo remunerado se ha producido sin que la sociedad desarrolle alternativas adecuadas de cuidado ni una cultura de corresponsabilidad al interior de los hogares. Esto ha llevado a que muchas mujeres enfrenten una doble carga (trabajo remunerado y labores de cuidado), con efectos directos y significativos sobre su tiempo personal. La sobrecarga del trabajo de cuidados no remunerado, sumada al tiempo limitado del que disponen, impide alcanzar la igualdad de género en derechos, oportunidades y resultados, y perpetúa patrones sociales que afectan a las mujeres en múltiples dimensiones del bienestar (MDSF, 2024).

Por otro lado, la evolución del perfil demográfico, producto del mejoramiento sostenido de las condiciones de salud, los avances científicos y tecnológicos, y el aumento consecutivo de la esperanza de vida, ha provocado un envejecimiento poblacional acelerado que no siempre se traduce en una vida activa y saludable en las etapas tardías del ciclo de vida.

El último informe de Carga Mundial de Morbilidad 2021 (IHME, 2024) señala que la reducción de la fecundidad, junto con el aumento de la esperanza de vida en Chile, incide en las proyecciones de crecimiento poblacional y anticipa una transición hacia una sociedad más envejecida en el mediano plazo. Ello implica una demanda creciente por cuidados centrados en personas mayores y una disminución de personas y tiempos disponibles para cubrir estas necesidades, como se muestra en la Figura 1. Este diagnóstico se confirma con las cifras más recientes de Estadísticas Vitales para el país (INE, 2025b), que evidencian un descenso sostenido de la fecundidad. La Tasa Global de

Fecundidad (TGF)³ alcanzó en 2022 un nivel de 1,25 nacimientos promedio por mujer, mientras que las estadísticas provisionales de 2023 muestran un valor de 1,16 nacimientos, la cifra más baja de la historia del país y menos de la mitad de la observada en 1992 (2,51). Esto ubica a Chile como uno de los países con las tasas más bajas a nivel mundial⁴.

Figura 1. Estructura de la población chilena, por grupo de edad y sexo, 1990 y proyecciones a 2019 y 2100.



Nota: Datos calculados a partir de los resultados de la carga mundial de morbilidad de 2017

Fuente: Carga Mundial de Morbilidad 2021: Hallazgos del Estudio GBD 2021. Seattle, WA: IHME, 2024.

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) ha señalado que el envejecimiento poblacional es uno de los mayores desafíos del siglo XXI, con repercusiones significativas tanto para las personas como para la sociedad, subrayando que el acceso a cuidados adecuados es fundamental para garantizar la calidad de vida de las personas mayores.

Actualmente, el derecho al cuidado forma parte de los derechos humanos reconocidos en pactos y tratados internacionales⁵⁶, los cuales se aplican a todas las personas, sin distinción de su situación de vulnerabilidad, fragilidad o dependencia. El reconocimiento del cuidado como un derecho

³ Representa el número promedio de hijos/as que habrá tenido una mujer (o grupo de mujeres) durante su vida, si sus años de reproducción trascurrieran conforme a las tasas de fecundidad por edad de un determinado año, así como no estar expuestas al riesgo de la mortalidad antes del término de su período fértil.

⁴ Existen sólo 14 países o territorios en el mundo con una TGF menor a Chile: San Marino, Malta, Andorra, Curazao, Islas Vírgenes Británicas, China, Ucrania, Singapur, Puerto Rico, Taiwán, San Bartolomé (Países Bajos), Corea del Sur, Hong Kong (China) y Macao (China).

⁵ El 7 de agosto de 2025, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) reconoció que el cuidado es un derecho humano autónomo, lo que refuerza el reconocimiento en pactos y tratados internacionales:

https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_55_2025.pdf

⁶ Para más información ver Capítulo I, cuadro 1.1 de Informe de Cuidados. Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2024). https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe_de_Cuidados-2024.pdf

humano universal, a diferencia de los enfoques centrados en necesidades básicas o en grupos específicos, permite precisar el papel central del Estado y de los distintos actores: i) quiénes son las personas titulares del derecho al cuidado; ii) quiénes son las responsables de cumplir con los deberes asociados; iii) qué mecanismos permiten exigir el cumplimiento de este derecho; y iv) qué medidas permiten reducir las desigualdades y las brechas en su acceso y disfrute (CEPAL, 2022).

En este contexto, en Chile, la **Primera Política Nacional de Apoyos y Cuidados** (PNAC) reconoce el cuidado como un ámbito transversal a la vida humana. Todas las personas requieren cuidados a lo largo del curso de vida y, a su vez, proveen cuidados a otras personas en diferentes intensidades. Así, el cuidado se entiende como un trabajo socialmente necesario, que comprende un amplio conjunto de actividades cotidianas orientadas a la gestión y sostenibilidad de la vida, realizadas dentro o fuera del hogar, y que generan bienestar biopsicosocial en quienes los reciben.

Recuadro 1
Política Nacional de Apoyos y Cuidados

La Política Nacional de Apoyos y Cuidados se define como un instrumento que entrega lineamientos para abordar y resolver los problemas públicos vinculados a los apoyos y cuidados, orientado a ofrecer una respuesta de la institucionalidad pública, con alcance nacional y un enfoque intersectorial. En este contexto, los conceptos de autonomía y dependencia se vuelven centrales en el campo de los apoyos y cuidados. En particular, la autonomía se entiende como la capacidad de ejercer control y tomar decisiones, por iniciativa propia, sobre el proyecto personal de vida, contando con el apoyo y cooperación equitativa de otras personas.

*El objetivo de la política es: “**Instalar una nueva forma de organizar socialmente los cuidados, con la finalidad de mejorar el bienestar de las personas que requieren cuidados y quienes cuidan, con miras a reconocer el trabajo de cuidados; retrasar, prevenir y atender la dependencia; promover la autonomía; y transversalizar la corresponsabilidad social y de género**”.*

Por otro lado, las fuentes diagnósticas revisadas constatan que los esfuerzos de la primera Política Nacional de Apoyos y Cuidados deben centrarse en incorporar una mirada sistémica que permita abordar el cuidado desde una perspectiva integral y mejorar el bienestar de las personas que requieren cuidados y de quienes los proveen, propiciando transformaciones en la organización social de estas labores. El desafío para el Estado es entonces la implementación de un Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados que coordine a los distintos sectores involucrados en la provisión de estos servicios, entregue certezas respecto de los servicios disponibles y habilite espacios para avanzar hacia una mayor corresponsabilidad social y de género en esta materia.

*Finalmente, el Gobierno del presidente Gabriel Boric ha definido el **cuidado como el cuarto pilar de la protección social**, orientado a reducir las brechas en la superación de la pobreza y la disminución de las desigualdades sociales. Incorporar los cuidados como un cuarto pilar busca sentar las bases para **visibilizar y reconocer las necesidades tanto de las personas que requieren cuidados como de quienes cuidan**, demandando transformaciones profundas en los modelos de organización social.*

III. Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022

La Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia, Endide, es el principal instrumento a nivel nacional para generar información y estadísticas sobre la prevalencia de la discapacidad y la dependencia funcional. Además, esta encuesta permite analizar la situación de las personas cuidadoras, identificando brechas que orienten el diseño de políticas públicas pertinentes para la inclusión social y contribuyan a la implementación del Sistema Nacional de Cuidados.

La Endide 2022 fue elaborada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con el apoyo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) y el Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis). Su objetivo fue **estimar la prevalencia de la discapacidad y la dependencia** en Chile, junto con caracterizar el funcionamiento y las condiciones de vida de las personas en situación de discapacidad y dependencia.

Los resultados de la Endide 2022 actualizaron el diagnóstico sobre la discapacidad y dependencia funcional existentes en el país. Las dos últimas encuestas que abordaron esta temática fueron:

- El **Estudio Nacional de Dependencia en Personas Mayores** (Edpm 2009), que estimó la prevalencia de la dependencia funcional en la población de personas mayores.
- El **Segundo Estudio Nacional de Discapacidad** (Endisc II, 2015), centrado en la medición y caracterización de la discapacidad en el país.

Por otro lado, es importante señalar que la Endide incorporó una serie de innovaciones metodológicas, entre las que destacan:

- La integración en un mismo instrumento de los módulos de discapacidad y dependencia⁷.
- El fortalecimiento de la medición de discapacidad, tanto en la población adulta como en niños, niñas y adolescentes, siguiendo las recomendaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- La consolidación de una medición de dependencia en toda la población adulta⁸, utilizando el mismo marco conceptual y metodológico de la medición de la discapacidad, y ampliando su cobertura a todos los dominios de actividades y participación propuestos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).
- La inclusión de un cuestionario específico para las personas cuidadoras identificadas dentro del hogar por algún adulto que recibe asistencia o ayuda permanente en sus actividades de la vida diaria. Este “*cuestionario cuidador*” es respondido de forma voluntaria por quienes cumplen ese rol en los hogares seleccionados en la muestra.
- La participación directa de niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años mediante la inclusión de un módulo autoaplicado en el cuestionario diseñado para este grupo.

⁷ En el desarrollo de este documento, cuando se hace referencia al concepto de “Dependencia”, siempre corresponde a aquel producto de una discapacidad, y no a otros tipos de dependencia.

⁸ Hasta ese momento, el país sólo contaba con datos de dependencia a partir de los 60 años (Senama, 2009).

- El fortalecimiento del módulo sobre asistencia personal por motivos de salud en la población de niñas, niños y adolescentes, ampliando la lista de tareas o actividades en las que reciben ayuda o asistencia y agregando la frecuencia con que la reciben.

1. Diseño de Endide

La Endide 2022 se aplicó a personas empadronadas en las viviendas logradas durante el pre-contacto de la Encuesta Casen 2020. La recolección de datos se realizó de manera presencial, a través de entrevistas cara a cara, aplicadas por encuestadores(as) mediante el uso de *tablets* (modalidad CAPI)⁹.

La muestra lograda de la Endide 2022 fue de 35.536 personas de 2 años y más, de las cuales 30.010 corresponden a personas adultas. Es representativa a nivel nacional para la población de 2 a 17 años y, en el caso de las personas de 18 años y más, es representativa a nivel nacional, regional y por zonas geográficas (urbano y rural). El mismo nivel de representatividad está garantizado por diseño para la población de 60 años y más. El trabajo de campo se extendió por 18 semanas, entre abril y agosto de 2022.

2. Marco metodológico

El sustento teórico y metodológico de la medición de la dependencia en la Endide se basa en el modelo utilizado para la medición de este fenómeno a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). En este marco, la **dependencia se ubica dentro del constructo de factores ambientales correspondientes a la ayuda personal**.

La CIF considera **tres componentes** a partir de los cuales es posible describir la dependencia: las **funciones y estructuras corporales** (el cuerpo), las **actividades, y los factores ambientales** (el contexto). Considerando estos componentes, la medición de la dependencia en Endide se centra en el análisis de 22 actividades que pueden requerir la asistencia de otra persona, así como en la intensidad de dicha asistencia. Este enfoque incorpora la relación entre las deficiencias, las limitaciones en la realización de actividades y la necesidad de apoyo personal.

La CIF (OMS, 2001) clasifica las actividades de la vida de una persona en nueve grandes dominios para el análisis del funcionamiento humano¹⁰. Estos dominios son: 1) Aprendizaje y aplicación de conocimientos; 2) Tareas y demandas generales; 3) Comunicación; 4) Movilidad; 5) Autocuidado; 6) Vida doméstica; 7) Interacciones y relaciones interpersonales; 8) Áreas principales de la vida y 9) Vida comunitaria, social y cívica.

Más información sobre la Endide puede encontrarse en la Ficha Técnica de la encuesta, disponible en el Anexo 2.

⁹ CAPI: Computer-assisted personal interviewing

¹⁰ El Anexo 1 presenta los dominios y actividades contempladas en la medición de dependencia en ENDIDE 2022.

IV. Metodología

En esta sección se presentan los conceptos clave y las herramientas analíticas utilizadas, así como las consideraciones y adecuaciones metodológicas aplicadas a los datos para dar respuesta a los objetivos del documento.

1. Conceptos relevantes en el estudio

i. Cuidados

En un sentido amplio, los cuidados son actividades que permiten regenerar el bienestar físico y emocional de las personas tanto en la vida diaria como a lo largo de las generaciones, al mismo tiempo que sostienen la vida de las personas y las sociedades (CEPAL & ONU Mujeres, 2020). Si bien todas las personas requieren cuidados para sobrevivir, estos requerimientos son diversos y están estrechamente relacionados al nivel de dependencia de las personas durante el curso de la vida.

ii. Persona cuidadora

Se define como cuidador o cuidadora a toda persona que proporciona apoyo o asistencia permanente a otra, de manera gratuita o remunerada, para la realización de actividades en el hogar. Esta definición es independiente de las relaciones de parentesco entre ambas¹¹.

Para efectos de este estudio:

- Se presenta información sobre cuidados para personas clasificadas como personas adultas en situación de dependencia funcional, según la metodología utilizada en Endide.
- Se identifica a una persona como cuidadora cuando se cumplen las siguientes condiciones:
 - i) La persona adulta en situación de dependencia seleccionada en la muestra declara, en el contexto del cuestionario, requerir ayuda para realizar alguna de las actividades consultadas.
 - ii) La persona seleccionada que requiere ayuda declara recibir asistencia o ayuda permanente para realizar estas actividades.
 - iii) La o las personas identificadas como cuidadoras deben ser parte del hogar.

iii. Persona cuidadora principal

En los casos en que la persona entrevistada declara que hay más de una persona que le presta asistencia o ayuda, se le solicita que identifique al cuidador o cuidadora principal mediante la siguiente pregunta: ***“De estas personas, ¿quién es la principal persona que le presta asistencia o ayuda?”***

La persona identificada puede o no pertenecer al hogar, sin embargo, si no pertenece al hogar, se solicita identificar a la principal persona dentro del hogar que le presta asistencia o ayuda, mediante la siguiente pregunta: ***“Y entre quienes viven en su hogar, ¿quién es la principal persona que le presta asistencia o ayuda?”***

¹¹ Basado en la Ley 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.

iv. Dependencia funcional

Se define como una situación en la que se presentan dos elementos de manera conjunta: (i) una limitación (más o menos severa) de una persona para realizar actividades, por motivos de salud, en interacción con los factores del contexto ambiental; y (ii) una necesidad de ayuda por parte de otra u otras personas.

v. Persona con dependencia funcional

Se trata de personas con discapacidad que requieren de la asistencia de una o más personas de su entorno para mejorar su funcionamiento, realizar actividades y participar en la sociedad.

La operacionalización del concepto de dependencia en Endide 2022 fue la siguiente:

Se consideran personas con dependencia a aquellas *personas con discapacidad (PcD) que declaran tener **dificultad moderada, severa o extrema/imposibilidad** para realizar alguna actividad y que necesitan **ayuda muchas veces o siempre** para realizarla.*

vi. Persona con discapacidad

Se definen como aquellas personas que, debido a condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad.

vii. Escala de Apoyo Social de Oslo (OSSS-3)¹²

Este indicador forma parte de la lista ECHI (indicadores de salud de la Comunidad Europea) desde 2014. Está clasificado como un indicador de desigualdades de salud, de riesgos de salud prevenibles y de salud mental, dado que mide un factor de protección en tiempos de estrés. Tiene por objetivo medir el apoyo social percibido por los y las informantes.

La OSSS-3 consta de tres ítems que preguntan sobre la posibilidad de contar con ayuda práctica de parte de personas cercanas y/o de vecinos, así como sobre la preocupación percibida del entorno:

- “¿Cuántas personas son tan cercanas a Ud. que podría contar con ellas si tuviera problemas serios?”
- “¿Cuánto interés muestra la gente de su entorno por lo que le pasa o lo que hace?”
- “¿Cuán fácil sería para Ud. obtener ayuda de los vecinos(as) si llegara a necesitarla?”

viii. Día Tipo

Este constructo agrupa el tiempo dedicado a realizar actividades, ponderando los días de semana (DS) y los de fin de semana (FdS). El tiempo dedicado en un día tipo a una actividad dada se calcula como la suma ponderada de las horas dedicadas en un día hábil (lunes a viernes) “común o habitual”, más el tiempo dedicado en un día “común o habitual” de fin de semana:

$$\text{Día tipo (DT)} = (\text{horas dedicadas en DS} * \frac{5}{7}) + (\text{horas dedicadas en FdS} * \frac{2}{7})$$

¹² Operacionalización del indicador en Anexo 3. Escala de apoyo social de Oslo.

Se considera que la persona informante participa en una actividad en un día tipo si declara realizarla al menos en uno de los dos conjuntos de días (DS y FdS). De igual forma, se considera que no la realiza cuando no declara realizarla en ninguno de ellos (INE, 2025a).

Las preguntas utilizadas para la operacionalización de este concepto son:

- ***“En un día común o habitual de la semana (lunes a viernes) y descontando las horas de sueño, ¿cuántas horas al día dedica a desarrollar todas estas tareas?”***
- ***“En un día común o habitual del fin de semana (sábado y domingo) y descontando las horas de sueño, ¿cuántas horas al día dedica a desarrollar todas estas tareas?”***

2. Datos de la muestra utilizada

El presente documento analiza datos de la Endide 2022, encuesta que permite estudiar la población adulta en situación de discapacidad y dependencia en Chile, con representatividad a nivel nacional. A continuación, se detalla el proceso de determinación de la muestra objetivo del modelo de clases latentes utilizado en el análisis (ver tabla 1).

Del total de 30.010 encuestas logradas de personas de 18 años o más, se identificaron 5.772 personas con discapacidad. De estas, 3.288 presentan algún grado de dependencia funcional, de las cuales 2.033 declaran contar con al menos una persona cuidadora, ya sea dentro o fuera del hogar. En este contexto, 1.700 personas con dependencia funcional señalan contar con una cuidadora principal dentro del hogar.

Endide 2022 incluyó un cuestionario específico para personas identificadas como cuidadoras dentro de un hogar, denominado *“cuestionario cuidador”*. Este fue respondido de forma **voluntaria** por la persona cuidadora identificada por la persona dependiente que vive en el mismo hogar. De las 1.700 personas cuidadoras identificadas, se alcanzó una tasa de logro de un 83,3%, lo que equivale a 1.416 *“cuestionarios cuidador”* respondidos.

Para el modelo de clases latentes se consideró solo la información del *“cuestionario cuidador”* **respondidas por personas de 18 años o más**, por lo que la **muestra objetivo cuenta con 1.409 personas mayores de edad identificadas como cuidadores o cuidadoras dentro del hogar por una persona con dependencia funcional**¹³. A nivel poblacional, esto corresponde a 608.899 personas cuidadoras analizadas.

¹³ Si bien el protocolo para el trabajo de recolección contemplaba la aplicación del cuestionario cuidador a personas de 18 años o más, en el trabajo de terreno se generaron 7 casos en los que el cuestionario fue aplicado a una persona cuidadora menor de 18 años. Dichos casos no fueron considerados en este análisis.

Tabla 1. Tamaño muestral y poblacional, según agrupaciones Endide 2022 (personas de 18 años o más)

Categorías	Muestra total (personas)	Población (personas)
Personas encuestadas Endide	30.010	15.355.960
Personas con discapacidad	5.772	2.703.893
Personas con dependencia funcional	3.288	1.498.977
Personas con dependencia funcional que reportan contar con cuidador(a) dentro o fuera del hogar	2.033	879.267
Personas con dependencia funcional que reportan contar con cuidador(a) dentro del hogar	1.700	749.854
Persona con dependencia funcional que reportan cuidador(a) en el hogar y responden el cuestionario cuidador(a)	1.416	614.758
Persona de 18 años o más con dependencia funcional que reportan cuidador(a) en el hogar y responden cuestionario cuidador(a).	1.409	608.899

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base Endide 2022.

A continuación, en la tabla 2, se presentan las principales características demográficas del universo utilizado en este estudio. Se observa que el 71,9% de las personas que realizan labores de cuidado en el hogar y respondieron el cuestionario son mujeres, tienden a concentrar en el grupo etario de 60 años y más (40,8%) y tienen residencia principalmente en áreas urbanas (87,7%).

Tabla 2. Características demográficas de las personas cuidadoras encuestadas

Variable	Categorías	Muestra total (personas)	Porcentaje muestral (%)	Población (personas)	Porcentaje poblacional (%)
Sexo	Hombres	421	29,9	171.262	28,1
	Mujeres	988	70,1	437.637	71,9
Tramos de edad	18 a 29	130	9,2	54.114	8,9
	30 a 44	205	14,6	108.605	17,8
	45 a 59	437	31	197.685	32,5
	60 y más	637	45,2	248.495	40,8
Lugar de residencia	Urbano	1.200	85,2	533.794	87,7
	Rural	209	14,8	75.105	12,3
Muestra total	Total	1.409	100,0	608.899	100,0

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Endide 2022.

Nota: Al 95% de confianza existen diferencias estadísticamente significativas entre todas las categorías.

Respecto de estos datos, se debe considerar que quienes responden el cuestionario cumplen requisitos circunstanciales, como estar presentes en el momento del levantamiento. Esto puede incidir en la existencia de sesgos en la muestra seleccionada. Si bien no es posible identificar de manera efectiva la presencia de sesgos sistemáticos, esta limitación debe ser tenida en cuenta al analizar los datos.

Por otro lado, al observar algunas características generales de las personas adultas con dependencia que declaran requerir asistencia o ayuda para realizar algunas actividades y que cuentan con una persona cuidadora dentro del hogar, se aprecia que el 61,3% son mujeres. En cuanto a su edad, el 64,9% corresponde a personas de 60 años o más, seguido por el grupo de 45 a 59 años (15,9%), luego por quienes tienen entre 30 y 44 años (10,7%) y, finalmente, el grupo de 18 a 29 años concentra el 8,4%, siendo el tramo con menor proporción de personas dependientes. Con respecto a la severidad de la dependencia, el 46,3% presenta dependencia severa, el 38,3% dependencia moderada y el 15,5% dependencia leve.

3. Técnicas utilizadas para el análisis

Los objetivos de identificación y caracterización de las personas cuidadoras principales de la población adulta con dependencia dentro del hogar requieren de un enfoque multidimensional que permita abordar la complejidad de la operacionalización del cuidado. Dada la información disponible en Endide 2022, se definieron atributos que podrían caracterizar a distintos grupos de personas cuidadoras: i) la **intensidad de las labores** de cuidado, medidas a través las horas dedicadas a realizar actividades de cuidado en un día tipo; ii) la **carga de las actividades**, observada a partir de la realización de alguna de las 13 actividades consultadas; y iii) la **red social potencial** disponible de las personas cuidadoras.

En este contexto, una técnica de análisis adecuada para identificar grupos a partir de dimensiones del cuidado es el Análisis de Clases Latentes (ACL), herramienta estadística que permite la identificación de perfiles o grupos en la población estructuradas en torno a un concepto latente. Este método clasifica a los individuos según la probabilidad de pertenencia a cada grupo (Collins & Lanza, 2009). En este caso la **variable latente** es el **cuidado**. El ACL permite detectar la heterogeneidad de grupos representativos de la población de interés en la muestra (Monroy, et al. 2010), utilizando la menor cantidad de grupos posibles. Además, cuenta con criterios estadísticos de ajuste que permiten converger a un número óptimo de clases o grupos, precisando así la clasificación. Esto permite posteriormente analizar la caracterización en función de indicadores sociales relevantes y explorar, entre otros aspectos, la influencia del cuidado en la salud mental de las personas cuidadoras.

La construcción de los indicadores utilizados en el modelo requirió un proceso de creación y recodificación de variables que permitieran concretar los objetivos del estudio. Para ello, se estimó un modelo compuesto por tres indicadores: i) intensidad del cuidado, medida en jornadas tipo diarias; ii) intensidad del cuidado, medido en término de la carga asociada a las actividades de cuidado realizadas; y iii) redes de apoyo potencial de personas cuidadoras. Todos estos indicadores se derivan de la información registrada por el instrumento (tabla 3).

Tabla 3. Indicadores que componen la variable latente

Indicador	Categorías
Tiempo dedicado actividades de cuidado: día tipo $DT = (horas\ dedicadas\ en\ DS * 5/7)$ $+ (horas\ dedicadas\ en\ FdS * 2/7)$	1. Hasta 6 horas 2. Más de 6 hasta 9 hrs. 3. Más de 9 hasta 12 hrs. 4. Más de 12 horas
Realiza actividad de movilidad: Moverse, desplazarse, subir peldaños, salir a la calle, utilizar medios de transporte	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza actividad de movilidad: Cambiar o mantener la posición del cuerpo, acostarse o levantarse de la cama, cambiar de postura, etc.	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza actividad de movilidad: Autocuidado como asearse, vestirse, alimentarse, utilizar el baño o manejar sus medicamentos	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza actividad de movilidad: Hacer las tareas de la casa como barrer, cocinar, hacer arreglos o sacar la basura	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza actividad de movilidad: Encargarse de asuntos económicos, manejo de dinero, comprar o pagar productos o servicios, etc.	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza actividad de interacción y comunicación: Relacionarse con gente cercana, familia, amigos y amigas	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza actividad de interacción y comunicación: Participación en fiestas, eventos religiosos, reuniones vecinales, etc.	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza actividad de interacción y comunicación: Comunicarse, mensajes hablados, escritos, de signos u otros	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza actividad de interacción y comunicación: Utilizar dispositivos y medios tecnológicos para comunicarse con otros.	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza actividad de aprendizaje: Mirar o escuchar, como ver letras o números, escuchar una conversación o lo que le dicen, etc.	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza actividad de aprendizaje: Recordar cosas o concentrarse	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza tareas y demandas generales: Manejar sus emociones, como estrés, angustia, dolor u otras demandas psicológicas	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Realiza tareas y demandas generales: Manejar conductas, regular o manejar conductas violentas/agresivas incluyendo violencia física y verbal	1. Si (ayuda) 2. No (No ayuda)
Potencial red de apoyo: Escala OSLO	$\Sigma(cui13, cui14, cui15)$ 1. Apoyo social deficiente (3 a 8 pts.) 2. Apoyo social moderado (9 a 11 pts.) 3. Apoyo social fuerte (12 a 14 pts.)

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Endide 2022

El ajuste relativo del modelo se determinó utilizando el criterio de información de Akaike (AIC) y el criterio de información Bayesiano (BIC)¹⁴. Mientras que la separación de los grupos latentes se determinó mediante la entropía. Para la interpretación es relevante considerar que los valores más pequeños para los criterios de información denotan un mejor ajuste del modelo y, entre ellos, BIC se considera el indicador de ajuste de mejor rendimiento (Nylund et al., 2007). Por otro lado, los

¹⁴ AIC y BIC son medidas de calidad para evaluar ajuste y comparación de modelos estadísticos. El criterio de Akaike se basa en la verosimilitud del modelo, mientras que el BIC se basa en la probabilidad bayesiana. Ambos criterios penalizan la complejidad del modelo, pero el criterio bayesiano lo hace de forma más estricta y adecuada cuando la muestra tiene mayor tamaño.

valores más altos de entropía indican un menor error de la clasificación y una mejor separación de las clases (Collins & Lanza, 2010). El modelo final, con el número óptimo de clases, se seleccionó sobre la base del ajuste relativo del modelo, la buena separación de clases, la parsimonia del modelo y la interpretabilidad de los resultados.

Teniendo la construcción de los indicadores para el modelo y sus criterios de selección, se estimaron seis posibles modelos, de una a seis clases, con una muestra de 1.409 casos. En la tabla 4, se observa que el criterio de Akaike es menor en la estimación de 6 clases ($M6 = 24895,61$), sin embargo, es necesario considerar que el AIC suele sobreestimar el número adecuado de componentes (Celeux et al., 1996; Soromenho, 1993 en Nylund et al, 2007). Por otro lado, el criterio bayesiano estima un mejor ajuste en el modelo de cuatro clases ($M4 = 24831,3$). Finalmente, la entropía indica un mejor valor en el modelo de dos clases, sin embargo, se opta por la elección del modelo de cuatro clases ($M4 = 0,76$), debido a que las diferencias con otras estimaciones son a nivel de segundo decimal.

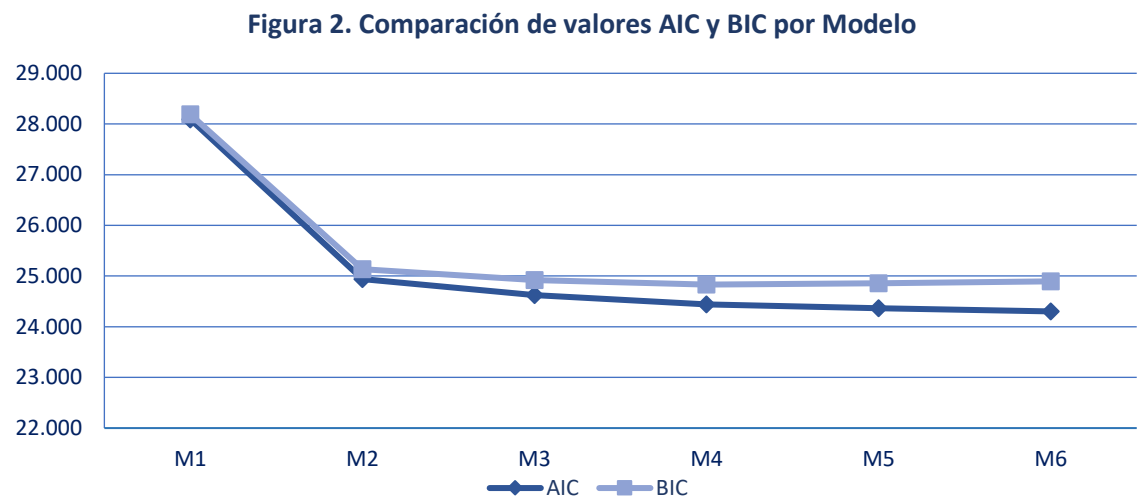
Tabla 4. Ajustes del modelo de clases latentes con 6 clases

Modelo	Loglike	X2	DF	AIC	BIC	N	P-value	Entropía ¹⁵
M1	-14028,2	1153428	18	28092,32	28186,83	1409	< 0,001	1
M2	-12431,8	108993,9	37	24937,66	25131,94	1409	< 0,001	0,871
M3	-12256,4	128119,2	56	24624,74	24918,78	1409	< 0,001	0,762
M4	-12143,8	129669,8	75	24437,5	24831,3	1409	< 0,001	0,76
M5	-12087,3	134634	94	24362,59	24856,15	1409	< 0,001	0,764
M6	-12038,1	114196	113	24302,29	24895,61	1409	< 0,001	0,77

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Endide 2022

Nota: AIC, Akaike information criteria; BIC, Bayesian information criteria.

¹⁵ Paquete utilizado (poLCA), estima de forma diferenciada la entropía, generando valores mayores a 1, razón por la cual esta es normalizada para que quede entre valores entre 0 y 1, estando dentro de los márgenes que debe interpretarse el indicador.



Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

V. Resultados

Para efectos de facilitar la lectura de los resultados del modelo, las clases latentes obtenidas se denominarán, en adelante, **grupos**. Así, entre quienes cuidan a personas con dependencia, el modelo LCA identifica **cuatro grupos de personas** que realizan labores de cuidado.

A continuación, se presentan en primer lugar, los atributos del modelo para cada uno de los cuatro grupos identificados. Posteriormente, se describen algunos aspectos sociodemográficos que los caracterizan, y luego, datos respecto a la intensidad de los cuidados y el impacto en la salud mental. Finalmente, se presentan las principales necesidades de apoyos en el cuidado de personas con dependencia requeridas por cada uno de los grupos.

Cabe destacar que todas las diferencias entre estimaciones que se presentan a lo largo del documento, ya sea entre años o entre categorías, son estadísticamente significativas al 95% de confianza, a menos que se indique explícitamente lo contrario.

1. Grupos resultantes de personas cuidadoras de adultos con dependencia.

Como se mencionó con anterioridad, se consideró un set de tres atributos vinculados con la realización de labores o actividades de cuidado: *horas dedicadas al cuidado*, *actividades de cuidado realizadas*, y *nivel de apoyo social*. Para cada uno de los grupos se describe el comportamiento de dichos atributos, lo cual en su conjunto definen 4 grupos de personas cuidadoras de personas con dependencia.

Grupo 1: Jornada extensa, 13 actividades con predominancia, apoyo social potencial deficiente



Se estima que el **34,1%** de quienes realizan labores de cuidados para personas adultas dependientes pertenece a este grupo, haciendo de este, el grupo más grande de los cuatro resultantes.

Respecto de los atributos seleccionados es el único grupo que, de forma predominante, dedica más de nueve horas de un día tipo a la realización de labores de cuidado (65,5%), donde se advierte que el 32,8% presenta una jornada extensa con **más de 12 horas dedicadas a dichas labores o actividades**. Por otro lado, es el único que realiza las **13 actividades** de cuidado evaluadas, todas ellas con porcentajes de realización por sobre el 90%, lo que explica la extensa jornada de cuidados reportada.

Además, poco más de la mitad de las personas que lo componen (52,4%), reportan tener una red de apoyo social potencial deficiente.

Grupo 2: Jornada extensa, 10 actividades con predominancia, apoyo social potencial moderado

Se estima que el **18,6%** de quienes realizan labores de cuidados para personas adultas dependientes, pertenece a este grupo, siendo el grupo más pequeño de los cuatro resultantes.

En relación con las horas dedicadas a realizar actividades de cuidado, el 34% de las personas que compone este grupo las realiza por **más de 9 y hasta 12 horas** en un día tipo.

De las actividades que realizan, **predominan las relacionadas con movilidad y autocuidado**, destacando con un 98,8%, asistir o ayudar a la persona con dependencia a desplazarse, subir escaleras, salir a la calle y utilizar medios de transporte; con un 96,8% actividades como asistir o ayudar a asearse, vestirse, alimentarse, utilizar el baño o manejar los medicamentos de las personas dependientes. Por otro lado, las actividades **menos realizadas son las relacionadas con interacción y comunicación**, en donde el 18,9% de las personas cuidadoras de este grupo asiste o ayuda a la persona dependiente en la comunicación con los demás, por ejemplo, mediante mensajes hablados, escritos, de signos u otros; 40% ayuda o asiste en actividades relacionadas directamente con el uso de dispositivos tecnológicos como celulares, computador u otro medio para comunicarse.



Lo mismo ocurre con las actividades relacionadas con **tareas y demandas generales**, donde el 40,1% asiste o ayuda a la persona cuidada en la contención y manejo de conductas.

Por último, es un grupo en el que predomina con un 49,6% la percepción de contar con un apoyo potencial moderado.

Grupo 3: Jornada parcial, 12 actividades con predominancia, apoyo social potencial deficiente



Se estima que el **21,2%** de quienes realizan labores de cuidados para personas adultas dependientes, pertenece a este grupo.

En este grupo predominan con un 43,8% quienes **dedican hasta 6 horas a realizar actividades de cuidado** en un día tipo, lo que equivale a una jornada parcial.

Realizan con predominancia 12 de las 13 actividades analizadas. Las dos actividades con mayor predominancia son la de asistir o ayudar a desplazarse, subir peldaños, salir a la calle o usar medios de transporte (84,8%), seguida por la ayuda en tareas domésticas (83,3%). Por otro lado, la actividad menos realizada por este grupo con un 18,3%, es la de prestar apoyo en cambiar o mantener la posición del cuerpo de la persona dependiente. El resto de las actividades realizadas con predominancia van en un rango más amplio, desde ayuda en actividades de autocuidado con 53,3% a ayuda en manejo emocional con 81,2% de las personas que declaran realizarla (tabla 5)

En relación con la red de apoyo social potencial, predomina con un 47,9% de las personas de este grupo la percepción de tener un apoyo social deficiente.

Grupo 4: Jornada parcial, 4 actividades, apoyo social potencial moderado

Se estima que el **26,1%** de quienes realizan labores de cuidados para personas adultas dependientes, pertenece a este grupo.

De las actividades consultadas, cuatro se realizan con predominancia. Destaca con 74,1% de las personas que declaran la realización de **actividades de movilidad**, específicamente las relacionadas con asistir o ayudar a desplazarse, subir peldaños, salir a la calle o usar medios de transporte. El segundo tipo de actividades, con mayor predominancia es la de **actividades de la vida doméstica** como barrer, cocinar, hacer arreglos o sacar la basura con un 68,2% de personas de este grupo que las realiza. El tercer tipo de actividades realizadas con predominancia con 57,0% se relaciona con recordar cosas, concentrarse o mantener la atención. La última actividad con predominancia en este grupo se relaciona con el manejo de emociones como es la angustia, dolor u otras demandas psicológicas con un 50,9%.



Respecto a la red de apoyo social con el que cuentan, un 47,2% manifiestan contar con una red de apoyo social potencial moderada.

Tabla 5. Resultado modelo de clases latentes para grupos de personas cuidadoras de personas adultas con dependencia.

Grupos de personas cuidadoras		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Probabilidad de pertenecer al grupo		34,1%	18,6%	21,2%	26,1%
Atributos de la intensidad de labores de cuidado		Probabilidad de respuesta al ítem Porcentajes (%)			
Intensidad del cuidado. Horas día tipo*	Tramo 1: Hasta 6	15,4	25,3	43,8	61,7
	Tramo 2: Más de 6 y hasta 9	19,1	15,6	21,6	11,1
	Tramo 3: Más de 9 y hasta 12	32,7	34	17,8	17,6
	Tramo 4: Más de 12	32,8	25,1	16,9	9,6
Movilidad: Ayuda a moverse (cui1a)	Si	98,9	98,8	84,8	74,1
	No	1,1	1,2	15,2	25,9
Movilidad: Ayuda a cambiar o mantener posición (cui1b)	Si	91,6	80,9	18,3	22,9
	No	8,4	19,1	81,7	77,1
Movilidad: Ayuda en autocuidado (cui1e)	Si	98,8	96,8	53,3	25,9
	No	1,2	3,2	46,7	74,1
Movilidad: Ayuda en tareas domésticas (cui1f)	Si	99,2	95,8	83,3	68,2
	No	0,8	4,2	16,7	31,8
Movilidad: Ayuda en gestión económica (cui1m)	Si	92,7	63,6	74	31,6
	No	7,3	36,4	26	68,4
Interacción: Ayuda en relaciones sociales (cui1g)	Si	97,6	50,6	63,6	10
	No	2,4	49,4	36,4	90
Interacción: Ayuda en fiestas o reunión (cui1h)	Si	91,2	63,9	70,8	23,1
	No	8,8	36,1	29,2	76,9
Interacción: Ayuda en comunicación (cui1k)	Si	98,7	18,9	70	16,8
	No	1,3	81,1	30	83,2
Interacción: Ayuda en uso de tecnología (cui1l)	Si	93,9	40	74,9	33,5
	No	6,1	60	25,1	66,5
Aprendizaje: Ayuda a mirar o escuchar (cui1c)	Si	96,2	67,6	57	44,8
	No	3,8	32,4	43	55,2
Aprendizaje: Ayuda a recordar o concentrarse (cui1d)	Si	98,9	71,7	79,8	57
	No	1,1	28,3	20,2	43
Demandas generales: Ayuda en manejo emocional (cui1i)	Si	99,4	74,4	81,2	50,9
	No	0,6	25,6	18,8	49,1
Demandas generales: Ayuda en manejo conductual (cui1j)	Si	93,6	40,1	58,2	21,1
	No	6,4	59,9	41,8	78,9
Red de apoyo: Escala OSLO	Apoyo social deficiente	52,4	41,5	47,9	40,4
	Apoyo social moderado	40,3	49,6	41,4	47,2
	Apoyo social fuerte	7,3	8,9	10,7	12,4

Nota: Las respuestas predominantes para cada ítem se marcan con fondo celeste y números en negrita.

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

2. Atributos de los grupos de personas cuidadoras

Esta sección describe las principales características sociodemográficas de los grupos resultantes de personas cuidadoras. En los anexos 6 y 7, se presentan con mayor detalle las características sociodemográficas y económica de los grupos que aborda esta sección, así como de las personas con dependencia que reciben algún tipo de cuidado de las personas pertenecientes a cada grupo.

Grupo 1: Jornada extensa, 13 actividades con predominancia, apoyo social potencial deficiente

El 76% de las personas cuidadoras de este grupo son **mujeres** y la mayoría se encuentra concentrado entre los **45 a 59 años y 60 años y más** con proporciones de 36,0% y 40,4% respectivamente, no existiendo diferencia significativa entre ellos. Respecto al nivel educacional alcanzado, la mayor parte de ellas, 50,9%, posee a lo menos **educación media**.

En el contexto socioeconómico, el 29,9% se concentra en el **quintil de ingresos más vulnerable**. Los quintiles 2, 3 y 4 presentan un comportamiento similar, concentrando el 20,1%, 19,8%, y 20,8% respectivamente, no existiendo diferencias significativas entre estos quintiles. Situación distinta es la que se observa en el quintil 5, donde se ubica sólo el 9,4% de las personas.

Por otro lado, se advierte que las personas cuidadoras de este grupo llevan en promedio 10,2 años realizando trabajos de cuidado¹⁶.

La relación de parentesco más común entre quién cuida y quién recibe los cuidados, es la de hijos(as) o hijastros(as) cuidando a su padre o madre con dependencia alcanzando 43,8%. Luego, con 26% destacan cónyuges o convivientes cuidando a sus parejas con dependencia.

En relación con las **personas dependientes que reciben el cuidado de este grupo**, se observa que el 63,9% es mujer, el 74,9% tiene 60 y más años y, un 48,3% manifiesta haber alcanzado sólo educación básica. Por otro lado, el 69,1% de las personas que reciben cuidados de este grupo, presenta **dependencia severa**.

Grupo 2: Jornada extensa, 10 actividades con predominancia, apoyo social potencial moderado

El 76% de las personas cuidadoras de este grupo son **mujeres** y el tramo de edad que predomina en el grupo es el de **60 años y más** con 46%, seguido por el tramo de 45 a 59 años con 30,6%.

En términos educacionales, **el 44,6% tiene educación media**, seguido por un 33,6% que cuenta solo con educación básica.

Respecto al nivel socioeconómico la mayor parte se distribuye en los **dos quintiles más vulnerables** con 29% y 25,8% respectivamente, no existiendo diferencia significativa entre los dos quintiles.

En el contexto de la realización de labores de cuidado, este grupo manifiestan en promedio llevar 9,5 años realizando dichas labores.

¹⁶ Para la estimación de este indicador, no se consideró a informantes que manifestaron “no recordar” el tiempo que llevaban realizando las labores de cuidado.

Para este grupo de personas cuidadoras destacan de igual forma dos tipos de relaciones de parentesco con las personas dependientes cuidadas, por un lado, el 40% realiza cuidados a su padre o madre y, por otro lado, el 34,8% cuida a su cónyuge o pareja, no existiendo diferencia significativa entre estos dos casos.

Finalmente, al revisar las características de las **personas dependientes cuidadas por este grupo**, se observa que el 60% es mujer, el 62,8% tiene 60 y más años, y gran parte, 43%, alcanzó educación básica. Por otro lado, el 58,3% de las personas que reciben cuidados de este grupo, presenta **dependencia severa**.

Grupo 3: Jornada parcial, 12 actividades con predominancia, apoyo social potencial deficiente

Un 67,7% de las personas cuidadoras del grupo son **mujeres**. Los tramos de edad **45 a 59 años y 60 años y más** son predominantes con proporciones de 32,0% y 38,8% respectivamente, no existiendo diferencia significativa entre ellos.

El nivel educacional predominante del grupo con 46,9% es el de educación media, seguido por educación superior y básica con 26,5% y 24,1%, respectivamente, no existiendo diferencia significativa entre estas últimas categorías.

En el contexto socioeconómico, este grupo se distribuye de igual forma en los **tres primeros quintiles** con 27,3%, 21,2% y 21,5% respectivamente, no existiendo diferencias significativas entre estas categorías.

Por otro lado, en relación con las labores de cuidado, este grupo es el que presenta, en promedio, la mayor cantidad de tiempo realizando labores de cuidado con 11,5 años.

Respecto a la relación de parentesco entre persona cuidadora y persona dependiente cuidada, predomina por un lado con 35,2% a hijos(as) o hijastros(as) cuidando a su padre o madre, y con 27,5% cónyuges o convivientes cuidando a su pareja.

Entre las **características generales de las personas dependientes que reciben cuidados** de este grupo, destaca que el 62% son mujeres, el 64,8% tiene 60 años y más, y predominan quienes alcanzaron hasta educación básica con 44,5%. Mayoritariamente, con 49,5%, presentan **dependencia moderada**.

Grupo 4: Jornada parcial, 4 actividades, apoyo social potencial moderado

En este grupo, predominan como personas cuidadoras las **mujeres** con un 67,7%. El tramo de edad que destaca significativamente sobre los demás es el de **60 años y más** con 39,3%, seguido por el tramo 45 a 59 años con 29,8%.

El nivel educacional alcanzado que predomina en este grupo con 43,7% es el de educación media, seguida por educación superior con 31,9%.

En el aspecto socioeconómico, las personas se distribuyen de forma homogénea en **los tres quintiles más vulnerables** con 25,6%, 23,5% y 21,1% respectivamente, no existiendo diferencias significativas entre ellos.

Relacionado a las labores de cuidado realizadas, este grupo declara llevar en promedio 8,4 años realizando dichas labores.

Por otro lado, en la relación de parentesco con la persona cuidada, predomina el cuidado al cónyuge o conviviente con 40,5%, seguido por el cuidado de hijos(as) o hijastros(as) a sus respectivos padres o madres con 30,5%.

Respecto de las **características de las personas dependientes cuidadas por este grupo**, se observa que la mayor parte es mujer con 58,5%, se concentran en el tramo de edad de 60 y más años con 54,6%. En términos educacionales destaca que el 41,8% de las personas dependientes alcanzaron educación media, seguida por un 33,3% que presenta haber cursado educación básica. Finalmente, de las personas cuidadas por este grupo 50,8% presenta **dependencia moderada**.

3. Sobrecarga y salud mental de grupos de personas cuidadoras

Con el objetivo de ahondar en la sobrecarga percibida por las personas cuidadoras de personas con discapacidad, se describe a continuación los resultados de una escala utilizada en Endide que permite estimar la sobrecarga de las personas cuidadoras. A continuación, se presentan los resultados para cada uno de los grupos y los resultados relacionados con la salud mental de los grupos evaluada por medio de la escala PHQ-4, incluida también en Endide.

Ser cuidador(a) de una persona que presenta algún grado de dependencia, tiene impacto directo en la salud de quienes asumen esa labor. Un ejemplo de esto es el **síndrome de sobrecarga** del cuidador, que se refleja en un agotamiento mental y de ansiedad o frustración frente a las labores asociadas al cuidado lo cual puede resultar en alteraciones en la dinámica familiar, desatención en el autocuidado, dificultades económicas, sentimientos de frustración y aislamiento social, entre otros (Senadis, 2023).

Para su medición se utiliza la escala de sobrecarga de Zarit¹⁷ que corresponde a la escala abreviada¹⁸ para cuidados paliativos, en la cual es posible distinguir dos estados de la persona cuidadora: “sin sobrecarga” y “sobrecarga intensa”. Este último asociado a una mayor morbilidad de la persona cuidadora.

Los resultados de la escala Zarit abreviada muestran que casi la mitad de las personas cuidadoras pertenecientes al grupo 1 (47,9%) presentan niveles de sobrecarga intensa derivados de las labores de cuidado. Esta proporción supera forma significativa a los grupos 2 y 3¹⁹ en 10,5 puntos porcentuales y 18,2 puntos porcentuales, respectivamente. Este resultado es consistente con los antecedentes descritos en secciones anteriores para el grupo 1, caracterizado por ser el único grupo que realiza las 13 actividades de la vida diaria consultadas, registrar una jornada extensa en sus labores de cuidado y declarar un apoyo social potencial deficiente. En contraste, entre los grupos 2

¹⁷ En Anexo 4 se encuentra la información referente a la operacionalización del indicador.

¹⁸ Validación en Chile de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n5/art09.pdf>

¹⁹ Respecto al resultado del grupo 4, la estimación no es confiable debido a que no cumple con el criterio de casos mínimos muestrales (número).

y 3, no existe una diferencia estadísticamente significativa, con niveles de sobrecarga de 37,4% y 29,7%, respectivamente.

Otra herramienta útil, que permite abordar la salud mental de las personas cuidadoras es el PHQ-4 (Patient Health Questionnaire), que corresponde a una batería corta de 4 preguntas cuyo objetivo es detectar síntomas de ansiedad (nerviosismo, preocupación) y/o depresión (poco interés, tristeza) en las personas (Kroenke et al, 2009).

Los resultados del PHQ-4 indican que casi la mitad de las personas que componen los grupos 1, 2 y 3, presentan algún nivel de ansiedad y/o depresión, con 47,7%, 47,3% y 43,3% respectivamente, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos. Por su parte, el grupo 4 se diferencia significativamente de todos los grupos al tener un menor porcentaje de personas cuidadoras que algún síntoma de ansiedad y/o depresión (33,9%).

Estos resultados confirman la idea de que la intensidad en las labores de cuidados se relaciona, por un lado, con una mayor sobrecarga y, por otro lado, con mayores niveles de ansiedad y/o depresión en la persona cuidadora.

Nuevamente, estos efectos son consistentes con los resultados del grupo 1 en cuanto a la mayor intensidad en las labores de cuidado, la extensa jornada dedicada en un día tipo, la cantidad de actividades realizadas, y la falta de una red de apoyo, comparado con los resultados de los demás grupos que presentan una menor intensidad en el nivel de sobrecarga y en los síntomas de depresión y/o ansiedades.

Cabe mencionar que, si bien los grupos 2,3 y 4 presentan un menor nivel de sobrecarga o síntomas de depresión y/o ansiedad que el grupo 1, sus resultados siguen siendo preocupantes, dados los altos niveles observados para ambos indicadores y las características propias de cada grupo.

Los resultados expuestos ponen de manifiesto la necesidad de prestar especial atención a los efectos que la intensidad del trabajo de cuidado genera en quienes lo desempeñan. Dichos impactos pueden manifestarse en un deterioro de la salud física, un desgaste de la salud mental, una mayor probabilidad de aislamiento social e incluso en un incremento de la mortalidad en comparación con la población que no enfrenta sobrecarga de cuidado. Esta situación se explica, en parte, porque las personas cuidadoras tienden a postergar la búsqueda de atención médica, priorizando el apoyo y la asistencia a la persona dependiente bajo su cuidado por sobre sus propias necesidades de salud (Breinbauer et al., 2009). De manera complementaria, se observa que mayores puntajes en la escala PHQ-4 se asocian con un mayor deterioro funcional y con un incremento en los días en que los síntomas interfieren en las actividades habituales de las personas (Kroenke et al., 2009).

4. Necesidades de apoyos en el cuidado de personas con dependencia

Otro ámbito de análisis que la Endide 2022 permite abordar es la asistencia y apoyos requeridos por las personas cuidadoras, en el marco de las labores que desempeñan y de los recursos disponibles de sus hogares. En este sentido, la encuesta indagó respecto de la demanda potencial por un conjunto de servicios y apoyos específicos, considerando el contexto en que se desarrolla la provisión de asistencia y cuidados a personas en situación de dependencia.

A continuación, se presentan los resultados según agrupación de necesidades: i) Apoyo de profesionales o adquisición de conocimientos, ii) Apoyo de terceros para realizar actividades de cuidado o labores del hogar, iii) Acceso a oferta de centros de rehabilitación o residencias y iv) Apoyo en salud de la persona cuidadora.

i) Apoyo de profesionales o adquisición de conocimientos

La necesidad **de asistencia técnica o profesional en el domicilio** es la necesidad de apoyo más mencionada por las personas cuidadoras, alcanzando el 61,1% (figura 3). Este apoyo considera diversos tipos de profesionales y terapeutas que aborden áreas de la salud de la persona con dependencia, como es el caso de médicos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos, entre otros. Al analizar por grupos resultantes de personas cuidadoras, destacan los grupos 1 y 2, que presentan las mayores necesidades de apoyo en el domicilio con 71,9% y 69,2%, respectivamente, no existiendo diferencia significativa entre ambos grupos. Por su parte, los grupos 3 y 4 señalan una necesidad de apoyo técnico o profesional en el domicilio significativamente menor respecto a los dos grupos anteriores, con 55,3% y 47% respectivamente. Las diferencias porcentuales no son significativas entre los grupos 3 y 4.

Respecto a la necesidad de recibir **capacitación para realizar cuidados específicos**, en el grupo 1, más de la mitad de las personas cuidadoras (54,5%) manifiesta necesitar apoyo en esta materia. En el grupo 2, la proporción alcanza 45,6%, diferencia que no resulta estadísticamente significativa. Por su parte, el 39,2% de las personas cuidadoras del grupo 3 señalan la necesidad de capacitarse en cuidados específicos, sin embargo, al comparar con el grupo 2, no hay diferencias significativas en el resultado entre ambos grupos. Finalmente, el grupo 4 presenta una proporción significativamente menor a los demás grupos, con un 29,7%.

ii) Apoyo de terceros para realizar actividades de cuidado o labores del hogar

En relación con la necesidad de apoyo de terceros en las actividades de cuidado, destacan la necesidad de contar con **apoyo o relevo de otra persona en las actividades de cuidado** para los grupos 1 y 2, con un 59,7% y 59,1% respectivamente, diferencia que no resulta estadísticamente significativa. Este resultado confirma la importancia de contar con este tipo de apoyo, especialmente cuando existen jornadas extensas en las labores de cuidado. Los grupos 3 y 4 presentan una proporción significativamente menor de personas que declaran necesitar relevo en sus actividades de cuidado con 39,1% y 30,2%, respectivamente.

En este mismo contexto, **compartir responsabilidades del cuidado** de personas con dependencia con otras personas como es el caso de familiares o amistades, es la segunda necesidad de apoyos más mencionada por las personas cuidadoras (figura 3). Al analizar los resultados para cada grupo

resultante, los grupos 1 y 2 de personas cuidadoras que manifiestan la necesidad de contar con este tipo de apoyo presentan un comportamiento similar, con 66,5% y 67,5%, respectivamente. Por su parte, el grupo 3 presenta un 54,1% de personas cuidadoras con necesidad de compartir sus responsabilidades de cuidados, y por último el grupo 4, presenta un resultado significativamente menor, con 39,6%.

Respecto de la necesidad de **apoyo o asistencia en las tareas del hogar** (lavado de ropa, limpieza, cocinar, realizar compras, entre otros) y **apoyo de la comunidad** (vecinos, centros comunitarios, juntas de vecinos, grupos de voluntariado, otros), presentan bajos requerimientos de apoyo, siendo el grupo 4 el que menos apoyo requiere en estas áreas con 31,5% y 24,5%, respectivamente.

iii) **Acceso a oferta de centros de rehabilitación o residencias**

Una temática importante que aborda Endide, es la necesidad que perciben las personas cuidadoras de acceder a oferta de servicios de apoyo y cuidado, como centros de día o centros de rehabilitación, o residencias temporales o permanentes.

Respecto al **acceso a oferta de cuidado o servicio de apoyo en centros de día o de rehabilitación**, es el grupo 1 quien declara la mayor necesidad de acceder a este tipo de apoyos con 41,3%, cifra significativamente mayor que el resto de los grupos. Por su parte, los grupos 2 y 3, se comportan de manera similar presentando una proporción de personas que manifiestan necesitar este tipo de servicio de 32,1% y 28,2%, respectivamente. Por último, en el grupo 4 un 16,9% de las personas cuidadoras indica requerir este tipo de servicio.

Por otro lado, respecto de la necesidad de **acceso a oferta de cuidado o servicio de residencias temporales o permanentes, corresponde al apoyo menos mencionado**. Solo el grupo 1 entrega resultados fiables a nivel estadístico, los que indican que el 26,9% señala la necesidad de acceder a este tipo de servicios²⁰.

iv) **Apoyo en salud mental y física para la persona cuidadora**

Por último, se examina la necesidad de **apoyo psicosocial o atención en salud** para la persona cuidadora. El grupo 1 registra de forma estadísticamente significativa el mayor porcentaje de personas que consideran necesario disponer de apoyo en salud mental y/o física, alcanzando un 65,4%. Este resultado es coherente con el análisis previo, que evidenció que asumir el rol de persona cuidadora en este grupo implica un nivel particularmente intensivo de actividades asociadas a la asistencia y apoyo de personas con dependencia severa, provocando la postergación del autocuidado de quien realiza estas tareas y un impacto directo en la salud física y mental de quienes desempeñan esta función.

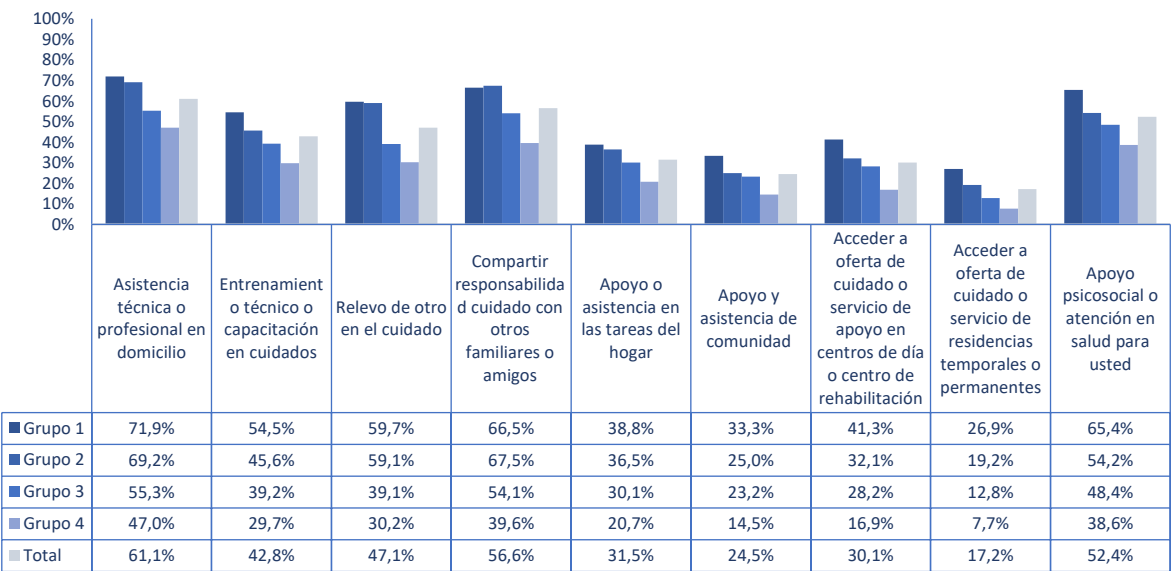
En contraste, los grupos 2 y 3 presentan proporciones similares de personas cuidadoras que manifiestan esta necesidad —54,2% y 48,4%, respectivamente— sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos.

Respecto al grupo 4, un 38,6% de personas cuidadoras consideran necesario el apoyo en salud mental o física. Este resultado podría explicarse por la menor intensidad de las labores de cuidado

²⁰ Los resultados de los grupos 2, 3 y 4 presentan menos de 60 casos muestrales.

en este grupo (4 actividades de apoyo) a personas que se concentran en dependencia moderada, lo que también se refleja en sobrecarga intensa baja (12,5%).

Figura 3. Porcentaje de personas con dependencia que cuentan con una persona cuidadora integrante del hogar según apoyos y servicios que declaran necesitar para sus labores de cuidado por perfil de cuidadores (%)



Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

Nota: Al 95% de confianza existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos al interior de cada categoría, excepto en: “asistencia técnica profesional” entre los grupos 1 y 2, y entre 3 y 4; “entrenamiento técnico” y “apoyo o asistencia en tareas del hogar” entre los grupo 1 y 2, y entre 2 y 3; “relevo de otro en el cuidado” y “compartir responsabilidad en el cuidado con otros familiares o amigos” entre los grupos 1 y 2; “acceder a oferta de cuidado o servicio de apoyo en centros de día o de rehabilitación” y “apoyo psicosocial o atención en salud para usted” y “apoyo y asistencia de la comunidad” entre los grupos 2 y 3; y “acceso a oferta de cuidado o servicio de residencias temporales o permanentes” entre los grupos 2 y 3, y entre 3 y 4.

VI. Conclusiones/ Síntesis de resultados

La Endide 2022 proporciona un marco actualizado de información sobre la prevalencia de las personas con discapacidad y dependencia en el país. Para el año 2022, se estimó que un 9,8% de la población adulta del país presenta dependencia, es decir, casi 1,5 millones de personas. Esta cifra reviste especial relevancia considerando la evolución que ha tenido el perfil etario de la población dependiente, en el cual el aumento de la expectativa de vida junto con la menor fertilidad se ha reflejado en un proceso de envejecimiento poblacional acelerado.

En este sentido, este documento refuerza el postulado de que el **envejecimiento incide de manera central en el aumento de la dependencia y las necesidades de cuidado, disminuyendo a la vez el universo potencial de personas cuidadoras**, lo que adquiere una relevancia fundamental para el país, especialmente al considerar el creciente número de personas mayores que asumen roles de cuidadores informales. Esta situación se advierte también en la investigación del Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado (MICARE, 2023) cuyos resultados muestran que un porcentaje significativo de personas cuidadoras son mujeres mayores.

Los resultados expuestos ponen de manifiesto que **las personas cuidadoras de personas con dependencia son predominantemente mujeres (7 de cada 10)**, con una alta concentración de personas en el **grupo etario de 60 años y más (4 de cada 10)**, reflejando una profunda desigualdad de género en la distribución de los cuidados, una tendencia histórica de la feminización del cuidado y cuya responsabilidad se ve incrementada en la vejez.

Por otro lado, se comprueba que las personas que requieren asistencia o apoyo para realizar actividades diarias y que cuentan con una persona mayor, son también en su mayoría mujeres (6 de cada 10 personas), y mayoritariamente son personas de 60 años y más (6 de cada 10 personas).

Estos hallazgos son consistentes con estudios internacionales, en los cuales se establece que las mujeres mayores enfrentan **una doble carga en las labores de cuidado**, ya que requieren lidiar con sus propias limitaciones físicas, subjetivas y funcionales derivadas de su propio envejecimiento, así como de las propias responsabilidades asociadas al cuidado informal en la familia (Senama, 2025). En este mismo sentido, el hecho de que sean mujeres mayores las que realicen el cuidado al interior de la familia podría ser una práctica influenciada tanto por las **condiciones contextuales que configuran el acto de cuidar, como por la mayor esperanza de vida en las mujeres** (manifestados en la longevidad), según lo señala Baum et al. (2021).

Los resultados expuestos a lo largo de este documento ratifican estos hallazgos, especialmente en el grupo que concentra mayor cantidad de personas cuidadoras (grupo 1). En este grupo se destaca que 7 de cada 10 personas cuidadoras son mujeres. Igualmente, 63,9% de las personas cuidadas por este grupo también son mujeres, y de cada 10 personas que recibe cuidados, 7 de ellas tiene 60 años y más. Además, se observa que este grupo cuida principalmente a personas con mayores pérdidas de funcionalidad, en donde 7 de cada 10 personas cuidadas presentan dependencia severa.

Los resultados concuerdan también con investigaciones que advierten una **mayor prevalencia en la pérdida de funcionalidad entre las mujeres**, lo que constituye además un precedente importante para el análisis de la generación y reproducción de la dependencia, considerando que las mujeres cuidadoras tienden a presentar mayores niveles de dependencia funcional en comparación con los hombres (Senama, 2025).

En este marco, una dimensión particularmente crítica del trabajo de cuidado es el nivel de **sobrecarga a la que se exponen las personas cuidadoras** y en particular las mujeres mayores cuidadoras, dado que altos niveles de sobrecarga **pueden ser sinónimo de dependencia funcional**. Esta sobrecarga puede intensificar complicaciones asociadas a la salud de la persona cuidadora, dado que a menudo éstas postergan su autocuidado para priorizar la asistencia o apoyo al familiar dependiente, manteniendo en muchos casos patologías propias sin diagnóstico ni tratamiento oportuno. Esta situación se agudiza cuando se trata de la atención a personas dependientes severas, lo que restringe el tiempo de descanso y se traduce en consecuencias en diversas áreas como salud física y mental, mayor aislamiento social e incluso una mayor morbilidad general.

De esta manera, una **sobrecarga intensa** generada por las labores de cuidados presenta con mayor frecuencia un **impacto negativo en la salud mental generando trastornos ansioso-depresivos**, asociado al estrés crónico ocasionado por el tipo e intensidad de los cuidados brindados, como se desprende de los resultados obtenidos, en especial para los grupos 1 y 2 (sobrecarga intensa junto a jornada extensa) que presentan los valores más altos en síntomas de ansiedad y/o depresión.

En el contexto particular de los **requerimientos considerados necesarios para realizar las labores de cuidado**, los resultados de la Endide 2022 muestran que **la forma en que se gestiona la demanda de cuidados está condicionada por las características del hogar, de las personas cuidadoras y de las personas cuidadas**. Al consultar a las personas cuidadoras sobre un conjunto de servicios y apoyos cuáles eran los que consideraban necesarios, tomando en cuenta el contexto en que se desarrolla la provisión de servicios de cuidados a personas dependientes en el hogar, se observa que la principal necesidad refiere a la **asistencia técnica o profesional para el cuidado en domicilio** (61,1%), lo que incluye el apoyo de profesionales y terapeutas de la salud. En segundo lugar, destaca la posibilidad de **compartir la responsabilidad del cuidado con otros familiares o amigos** (56,6%) y en tercer lugar la demanda por **apoyo psicosocial o atención en salud para quien cuida** (52,4%). Estas respuestas reflejan que las necesidades de apoyo más mencionadas por quienes brindan cuidado se relacionan con reconocer la sobrecarga por las tareas asumidas y se traduce en la desatención de la propia salud, ansiedad o frustración por la falta de conocimientos técnicos en el cuidado de personas dependientes, así como la necesidad del relevo o “respiro” en las labores de cuidado que permitan mitigar la falta de corresponsabilidad en este ámbito, particularmente en contextos de dependencia severa.

En contraste, los **apoyos menos requeridos** por las personas que cuidan se concentran en el **acceso a oferta de cuidado o servicio de residencias temporales o permanentes** (17,2%), seguido por el **apoyo y asistencia de la comunidad** (24,5%) y el **acceso a oferta de cuidado o servicio de apoyo en centros de día o centro de rehabilitación** (30,1%). Este resultado puede reflejar que, dado que las labores de cuidado recaen mayoritariamente en mujeres, estas tienden a **concebir el cuidado como una “labor emocional”**, vinculada a sentimientos de deber cumplido, satisfacción personal y reciprocidad (Fuhrmann et al., 2015). Asimismo, debe considerarse que, para las cuidadoras adultas mayores, quienes predominan en la muestra, el traslado de personas con dependencia severa a

centros externos implica **dificultades logísticas significativas**, lo que limita el uso de la oferta institucional consultada en la Endide.

Un aspecto adicional que considerar es que las **labores de cuidado** son realizadas por personas que tienen un **vínculo familiar con la persona con dependencia cuidada**, lo que en este estudio corresponden principalmente a hijos(as) cuidando a sus padres mayores o en su defecto cónyuges o convivientes cuidando a sus parejas, situación que incide en que los **cuidadores(as) familiares dediquen necesariamente más tiempo y energía al cuidado, limitando su vida social y tiempo de descanso**. Lo anterior, se intensifica considerando que los cuidados son principalmente para el cuidado de una persona mayor dependiente, proceso que suele ser progresivo y donde las responsabilidades de cuidar aumentan en intensidad y complejidad con el tiempo. El **aislamiento social derivado de la sobrecarga intensa de los cuidados podría estar incidiendo en el deficiente apoyo social potencial percibido** por las personas cuidadoras, en particular si son mujeres mayores de 60 años, para quienes el sentimiento de soledad se agudiza tanto por su menor participación en el mercado laboral como por una presencia predominante en el ámbito doméstico. En conjunto con lo anterior, se observan bajos niveles educacionales alcanzados, lo que posiciona a las personas cuidadoras en un escenario de mayor vulnerabilidad.

Las **tareas de cuidado permanecen mayoritariamente invisibilizadas en el espacio doméstico, lo que dificulta su reconocimiento social y económico**. En este contexto, los datos levantados por la Endide 2022 son particularmente relevantes pues permiten caracterizar la situación de las mujeres adultas mayores que asumen tareas de cuidado de personas con dependencia, y que son destinadas principalmente al cuidado de personas mayores. Los resultados muestran la **importante contribución que realizan las mujeres adultas mayores al asumir tareas de cuidado** de uno de los grupos más vulnerables en el ámbito de los cuidados, lo cual **debe ser en primera instancia reconocido y valorado**. Pero, además la encuesta permite dejar en evidencia que, en muchos hogares, la **cuidadora adulta mayor enfrenta una doble condición de vulnerabilidad**: por un lado, la sobrecarga de cuidados en el contexto familiar, y por otro, los efectos asociados a su propio proceso de envejecimiento, con un mayor riesgo de fragilidad.

En este complejo escenario, el **Estado asume una responsabilidad central en la provisión de apoyos adecuados**, que permitan resguardar tanto el bienestar de la persona que requiere cuidados como el de la persona cuidadora. Por ello, la relevancia de la **primera Política Nacional de Apoyos y Cuidados**, concebida como un instrumento estratégico que establece los **márgenes de la acción pública y traza la hoja de ruta para abordar intersectorialmente la situación de la crisis actual de los cuidados en el país**. Su propósito fundamental es situar **el cuidado en el centro de la política social, avanzando hacia** una reestructuración de la arquitectura institucional.

Finalmente, es fundamental que las políticas de cuidados se diseñen con un enfoque centrado en las personas, de modo que respondan a las necesidades específicas de **personas con discapacidad y/o personas en situación de dependencia**, garantizando su atención integral. Paralelamente, dichas políticas deben velar por que las **personas cuidadoras puedan desarrollar sus propios proyectos de vida**, asegurando que la responsabilidad de cuidar no implique la renuncia a su bienestar ni a sus oportunidades de desarrollo (ONU Mujeres & CEPAL, 2022).

Referencias

- Baum, F., Musolino, C., Gesesew, H. A., & Popay, J. (2021). New perspective on why women live longer than men: An exploration of power, gender, social determinants, and capitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 661. Recuperado del sitio web: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7829786/pdf/ijerph-18-00661.pdf>
- Breinbauer K., Hugo Vásquez V., Sebastián Mayanz S., Claudia Guerra, Teresa Millán K. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137(5), 657-665. Recuperado del sitio web: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n5/art09.pdf>
- CEPAL (2022). La sociedad del cuidado: Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género. Recuperado del sitio web: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48363/S2200704_es.pdf?sequence=5&isAllo wed=y
- CEPAL & ONU MUJERES (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. Recuperado del sitio web: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/1c41fa60-37ab-4f2f-80a6-3e15320aa08e/content>
- Chile Cuida (2024). Política nacional de Apoyos y Cuidados 2025-2030. Recuperado del sitio web: https://chilecuida.cl/docs/Politica_Nacional_de_Apoyos_y_Cuidados.pdf
- Collins, L. M., & Lanza, S. T. (2009). *Latent class and latent transition analysis: With applications in the social, behavioral, and health sciences*. John Wiley & Sons, Incorporated.
- Fuhrmann, A. C., Bierhals, C. C. B. K., Santos, N. O. dos, & Paskulin, L. M. G. (2015). Association between the functional capacity of dependant elderly people and the burden of family caregivers. *Revista Gaucha de Enfermagem* 36(1), 14–20. Recuperado del sitio web: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4p6R9qJTqP4drV9LGvPXxQ/?format=pdf&lang=en>
- IHME (2021). La carga mundial de morbilidad. Hallazgos del Estudio GBD 2021. Recuperado del sitio web: https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-06/GBD_2021_Booklet_ES_FINAL_2024.06.17.pdf
- INE (2025a). Informe Principales Resultados. Encuesta Nacional Uso del Tiempo (II ENUT). Recuperado del sitio web: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/uso-del-tiempo-tiempo-libre/publicaciones-y-anuarios/ii-enut/informe-de-principales-resultados-ii-enut-2023.pdf?sfvrsn=ee33c12c_4
- INE (2025b). Panorama demográfico en Chile a partir de los nacimientos y las defunciones con las cifras de estadísticas vitales 2022-2023p. Recuperado del sitio web: <https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y->

[defunciones/publicaciones-y-anuarios/presentaci%C3%B3n-de-resultados/estad%C3%ADsticas-vitales-2022-y-provisionales-2023.pdf?sfvrsn=6eb3fce1_6](#)

- Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado (2023). Estudio MICARE 2023 Personas Cuidadoras y Trabajo de Cuidado en Chile (M. Fernández & V. Jorquera-Samter, Eds.). MICARE. Recuperado del sitio web: https://www.micare.cl/wp-content/uploads/2024/04/ESTUDIO-Micare_26enero.pdf
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia & ONU Mujeres Chile (2023). HABLEMOS DE CUIDADOS. Principales resultados de los diálogos ciudadanos hacia la construcción del Sistema Nacional e Integral de Cuidados. Recuperado del sitio web: https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2023-11/doc-hablemos-de-cuidados-v4-comprimido_diana_leal.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2023). Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022 (Endide). Recuperado del sitio web: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endide-2022>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2024). Informe de Cuidados. Recuperado del sitio web: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe_de_Cuidados-2024.pdf
- Monroy, L., Palafox, G., & Bouzas, A. (2010). *Análisis de clases latentes*.
- Nylund-Gibson, Karen; Asparouhov, Tihomir & Muthén, Bengt. (2007). Deciding On the Number of Classes In Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study. Copyright. 14. 535-569. 10.1080/10705510701575396.
- OIT (2019). El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Recuperado del sitio web: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_633168.pdf
- OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado del sitio web: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- ONU MUJERES (2018). “Reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidados: Prácticas inspiradoras en América Latina y el Caribe”. Recuperado del sitio web: <https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2018/11/Estudio%20cuidados/2a%20UNW%20Estudio%20Cuidados-compressed.pdf>

- ONU MUJERES & CEPAL (2022). Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación. Recuperado del sitio web: https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2021/11/HaciaConstruccionSistemaCuidados_15Nov21-v04.pdf
- Senadis (2023). III Estudio Nacional de la Discapacidad. Dependencia y cuidados: Panorama nacional de la situación de dependencia en población adulta y del trabajo de cuidado informal. Recuperado del sitio web: https://www.senadis.gob.cl/pag/447/1729/otros_documentos_de_interes
- Senama (2009). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Recuperado del sitio web: <https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>
- Senama (2025). Reproducción de la dependencia: Análisis desde el enfoque de género de las labores de cuidado informal en personas mayores que cuidan.
- Vollset, S. E., Goren, E., Yuan, C. W., Cao, J., Smith, A. E., Hsiao, T., Bisignano, C., Azhar, G. S., Castro, E., Chalek, J., Dolgert, A. J., Frank, T., Fukutaki, K., Hay, S. I., Lozano, R., Mokdad, A. H., Nandakumar, V., Pierce, M., Pletcher, M., Robalik, T., Murray, C. J. L. (2020). Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* (London, England), 396(10258), 1285–1306. Recuperado del sitio web: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30677-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30677-2).

Anexos

Anexo 1. Dominios, subdominios y actividades del funcionamiento de la CIF, Endide 2022

Dominios	Subdominios	Actividades
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Experiencias sensoriales intencionadas	- Mirar (ayuda para orientarse, ver letras o números pequeños o a distancia, etc.) - Escuchar (ayuda para escuchar lo que se dice, sonidos bajos, escuchar la radio, etc.) - Recordar cosas o concentrarse
Autocuidado	Aplicación del conocimiento Cuidado de la propia salud	- Asearse o lavarse (lavarse partes del cuerpo o todo el cuerpo y secarse) - Vestirse - Alimentarse - Usar el baño (W.C.) - Manejar sus medicamentos (organizarlos y tomarlos en los horarios requeridos) - Conciliar o mantener el sueño
Vida doméstica	Tareas del hogar Cuidar de objetos del hogar y ayudar a los demás Adquisición de bienes y servicios	- Hacer las tareas de la casa como barrer, cocinar, hacer arreglos o sacar la basura - Cuidar o dar apoyo a otros - Hacer compras o ir al médico
Vida comunitaria, social y cívica	Vida comunitaria; tiempo libre y ocio; religión y espiritualidad	Participar en fiestas, eventos religiosos, reuniones vecinales u otras actividades de la comunidad
Interacciones y relaciones interpersonales	Interacciones interpersonales particulares	Relacionarse con gente cercana a usted, incluyendo su familia y amigos
Tareas y demandas generales	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	- Manejar o controlar sus emociones cuando se siente triste, deprimido(a), preocupado(a) o ansioso(a) - Manejar o controlar las sensaciones de malestar o dolor físico
Comunicación	Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación	Hacer o recibir llamadas o utilizar otro medio para comunicarse
Áreas principales de la vida	Vida económica	Manejar dinero
Movilidad	Andar y moverse Cambiar y mantener la posición del cuerpo	- Caminar o subir peldaños - Moverse o desplazarse dentro de la casa - Salir a la calle - Acostarse o levantarse de la cama

Anexo 2. Ficha técnica Encuesta de Discapacidad y Dependencia, Endide 2022

Organismo responsable	Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
Organismos colaboradores	Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis) y Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama).
Organismo ejecutor	Centro de Microdatos (CMD) de la Universidad de Chile.
Población objetivo	○ Niños, niñas y adolescentes de 2 a 17 años. ○ Personas de 18 años y más. ○ Personas de 60 años y más.
Unidades de análisis	Personas
Cobertura	Nacional. Sin embargo, se excluyen áreas de difícil acceso.
Tamaños logrados por unidad de análisis	○ Niños, niñas y adolescentes de 2 a 17 años: 5.526 personas. ○ Personas de 18 años y más: 30.010 personas. ○ Personas de 60 años y más: 9.171 personas.
Marco Muestral	Marco de personas empadronadas de las viviendas logradas en el pre-contacto de Casen 2020.
Diseño de la muestra	Probabilístico, muestreo bifásico del pre-contacto logrado Casen 2020, y estratificado por región, zona (urbano y rural) y tramo de edad (2 a 17 años, 18 a 59 años, 60 años y más). La unidad final de selección es la persona.
Representatividad	○ Nacional para personas de 2 a 17 años. ○ Nacional, regional y por zonas geográficas urbano y rural para personas de 18 años y más, y para personas de 60 años y más.
Error muestral	La variable de interés en la determinación del tamaño muestral fue la prevalencia de discapacidad medida en el Segundo Estudio Nacional de Discapacidad de 2015 (Endisc II). A nivel nacional, el error absoluto efectivo para la estimación del porcentaje de personas adultas con discapacidad en Endide 2022 es de 0,6 puntos porcentuales. A nivel nacional, el error absoluto efectivo para la estimación del porcentaje de personas adultas en situación de dependencia en Endide 2022 es de 0,4 puntos porcentuales.
Trabajo de campo	22 de abril al 26 de agosto de 2022 (18 semanas).
Modo de aplicación	Entrevista cara a cara, aplicada por encuestadores(as) mediante tablets (CAPI).
Instrumentos	○ Cuestionario Hogar. ○ Cuestionario Adultos(as). ○ Cuestionario Cuidador(a). ○ Cuestionario Niños, Niñas y Adolescentes (este cuestionario contó con un módulo autoaplicado para la submuestra de NNA de 10 a 17 años).
Cobertura temática	Cada uno de los instrumentos se compone de los siguientes módulos y secciones: ○ Cuestionario Hogar: Registro de las personas, educación, trabajo, ingresos y vivienda. ○ Cuestionario Adultos(as): Desempeño; capacidad y condición de salud; factores ambientales (ambiente como barrera o facilitador, dependencia y Cobertura temática asistencia personal, dispositivos de ayuda); servicios y participación (uso de servicios de salud, percepción de discriminación, uso de tiempo libre, pandemia Covid-19), y módulo de personas mayores (deterioro cognitivo, depresión, inclusión/exclusión simbólica). ○ Cuestionario Cuidador(a): Caracterización de las tareas del cuidado; caracterización de la sobrecarga; redes y necesidades de apoyo. ○ Cuestionario Niños, Niñas y Adolescentes: Desempeño; capacidad y condición de salud; factores ambientales; servicios y participación; módulo autoaplicado (Bienestar: Kidscreen-27, uso de tiempo libre, percepción de discriminación).

Informantes	○ Cuestionario Hogar: Persona integrante del hogar, de 18 años o más. ○ Cuestionario Adultos(as): Persona de 18 años o más seleccionada. ○ Cuestionario Cuidador(a): Cuidador(a) principal dentro del hogar de la persona de 18 años o más seleccionada que requiere asistencia permanente. ○ Cuestionario Niños, Niñas y Adolescentes (NNA): Cuidador(a) principal del NNA de 2 a 17 años seleccionado(a). ○ Módulo autoaplicado a NNA: persona de 10 a 17 años seleccionado(a).
Tiempo de entrevista (promedio)	○ Cuestionario Hogar: 00:16:37 ○ Cuestionario Adultos(as): 00:44:31 ○ Cuestionario Cuidador(a): 00:15:31 ○ Cuestionario Niños, Niñas y Adolescentes: 00:21:28 ○ Módulo autoaplicado a NNA (10 a 17 años): 00:11:36
Control de calidad	15,0% supervisión interna del CMD.
Otros	Entrevista voluntaria. Se consideraron protocolos inclusivos de entrevista diseñados con lineamientos del Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis) y del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama). No se solicitan datos personales (R.U.N., apellidos). Bases de datos de acceso público.

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Anexo 3. Escala de Apoyo Social de Oslo (OSSS-3)

En general, el apoyo social se refiere a un recurso psicosocial accesible en el contexto de los contactos interpersonales y la red social²¹. Existe consenso entre los investigadores en que este concepto puede dividirse en dos subcategorías: apoyo estructural y apoyo funcional²². Mientras que el apoyo funcional se relaciona con la experiencia o expectativa de obtener apoyo de la familia, amigos y vecinos si es necesario²³, el apoyo estructural se refiere principalmente al tamaño y tipo de la red social.

La Escala de Apoyo Social de Oslo (OSSS-3) forma parte de la lista ECHI (indicadores de salud de la Comunidad Europea) desde 2014 y está clasificado como un indicador de desigualdades de salud, de riesgos de salud prevenibles, y de salud mental, dado que es un indicador que apunta a medir un factor de protección en tiempos de estrés. Tiene por objetivo medir el apoyo social percibido por los y las informantes.

La OSSS3 consta de solo tres ítems que preguntan sobre el número de personas de confianza, la preocupación de otras personas y la relación con los vecinos, centrándose en la accesibilidad a ayuda práctica, cuyas preguntas se detallan a continuación.

Preguntas	Categorías de respuesta
¿Cuántas personas son tan cercanas a Ud. que podría contar con ellas si tuviera problemas serios?	1. Ninguna 2. Una o dos personas 3. De tres a cinco personas 4. Seis personas o más
¿Cuánto interés muestra la gente de su entorno por lo que le pasa o lo que hace?	1. Ningún interés 2. Poco interés 3. Algo de interés 4. Bastante interés 5. Mucho interés
¿Cuán fácil sería para Ud. obtener ayuda de los vecinos(as) si Ud. llegara a necesitarla?	1. Muy difícil 2. Difícil 3. Posible 4. Fácil 5. Muy fácil

La suma del puntaje de cada ítem va desde 3 a 14, donde los valores altos representan niveles fuertes y los valores bajos representan niveles deficientes de apoyo social. La suma total de los puntajes del OSSS-3 se puede operacionalizar en tres categorías amplias de apoyo social: apoyo social deficiente (3-8), apoyo social moderado (9-11) y apoyo social fuerte (12-14).

²¹ Moak ZB, Agrawal A. The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. J Public Health.

²² Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. Lett HS, Blumental JA, Babyak MA, Catellier DJ, Carney RM, Berkman LF. Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from Myocardial Infarction. Int J Behav Med.

²³ Grav S, Hellzén O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. J Clin Nurs.

Anexo 4. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit abreviada

La “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” es la más utilizada a nivel internacional. La Escala de Zarit consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) o “sobrecarga intensa” (≥ 56). “Sobrecarga ligera” representa un factor de riesgo para generar “sobrecarga intensa”. Esta última se asocia a mayor morbilidad y mortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.

El principal inconveniente es su extensión, por lo que se utiliza una versión más reducida, que consta de sólo 7 ítems de la Escala original, llamada la “Escala de Zarit abreviada”, como se observa en la tabla a continuación.

Preguntas / Puntuación para cada respuesta	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
¿Con qué frecuencia...?²⁴					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	1	2	3	4	5
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	2	3	4	5
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?	1	2	3	4	5
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1	2	3	4	5
Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5

Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 16) y “sobrecarga intensa” (≥ 17).

El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad y mortalidad del cuidador.

²⁴ Para la construcción del indicador, se debió tratar las opciones -88. No sabe y -99. No responde de cada variable, excluyendo las opciones de la sumatoria en el cálculo.

Anexo 5. Recodificación de variables en el estudio

Dimensión	Indicadores	Variable Endide	Recodificación
Modelo de clases latentes (LCA)			
Intensidad del cuidado (Tiempos)	Tiempo dedicado en actividades de cuidado, en construcción de día tipo	cui5. En un día común o habitual de la semana (lunes a viernes) y descontando las horas de sueño, ¿cuántas horas al día dedica a desarrollar todas estas tareas?	TDAC. $DT = ((Tiempo[DS] * 5)/7) + ((Tiempo[FDS] * 2)/7)$
		cui6. En un día común o habitual del fin de semana (sábado y domingo) y descontando las horas de sueño, ¿cuántas horas al día dedica a desarrollar todas estas tareas?	1. Hasta 6 horas 2. Más de 6 hasta 9 hrs. 3. Más de 9 hasta 12 hrs. 4. Más de 12 horas
Intensidad del cuidado (Realización de actividades de cuidado)	Movilidad, autocuidado y vida doméstica	Transformar a dicotómica: cui1a. Moverse, por ejemplo, a desplazarse, subir peldaños, salir a la calle, utilizar medios de transporte	DCUI1a. Dicotómica de moverse 1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan) 2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)
		Transformar a dicotómica: cui1b. Cambiar o mantener la posición del cuerpo, acostarse o levantarse de la cama, cambiar de postura, etc.	DCUI1b. Dicotómica de cambiar o mantener la posición 1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan) 2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)
		Transformar a dicotómica: cui1e. Realizar actividades de autocuidado, como asearse, vestirse, alimentarse, utilizar el baño o manejar sus medicamentos	DCUI1e. Dicotómica de actividades de autocuidado 1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan) 2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)
		Transformar a dicotómica: cui1f. Hacer las tareas de la casa como barrer, cocinar, hacer arreglos o sacar la basura	DCUI1f. Dicotómica de actividades domésticas 1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan) 2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)
		Transformar a dicotómica: cui1m. Encargarse de sus asuntos económicos, como manejar su dinero, comprar o pagar productos o servicios, etc.	DCUI1m. Dicotómica del manejo económico 1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan) 2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)
		Transformar a dicotómica: cui1g. Relacionarse con gente cercana, incluyendo su familia, amigos y amigas	DCUI1g. Dicotómica de relaciones con gente cercana 1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan) 2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)
		Transformar a dicotómica: cui1h. Participar en fiestas, eventos religiosos, reuniones vecinales u otras actividades de la comunidad	DCUI1h. Dicotómica de participación en eventos sociales 1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan)

2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)

Transformar a dicotómica:
cui1k. Comunicarse con los demás, por ejemplo, mediante mensajes hablados, escritos, de signos u otros

Transformar a dicotómica:
cui1l. Utilizar dispositivos y medios tecnológicos para comunicarse con otros, como hacer o recibir llamadas o mensajes, o participar en talleres, actividades culturales o sociales virtuales, mediante celular, computador u otro medio

Transformar a dicotómica:
cui1c. Mirar o escuchar, por ejemplo, ver letras o números pequeños o a distancia, escuchar una conversación o lo que le dicen, etc.

Transformar a dicotómica:
cui1d. Recordar cosas o concentrarse

DCUI1k. Dicotómica de ayuda en comunicación

1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan)
2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)

DCUI1l. Dicotómica de uso de dispositivos tecnológicos

1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan)
2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)

DCUI1c. Dicotómica de ayuda a mirar y escuchar

1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan)
2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)

DCUI1d. Dicotómica de ayuda a recordar y concentrarse

1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan)
2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)

DCUI1i. Dicotómica del manejo emocional

1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan)
2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)

DCUI1j. Dicotómica del manejo conductual

1. Si (1. Sí, solo Ud. le ayuda y 2. Sí, Ud. y otra persona le ayudan)
2. No (3. Sí, otra persona le ayuda y 4. No, nadie le ayuda)

RA.

$\Sigma(cui13, cui14, cui15)$

1. Apoyo social deficiente (3 a 8 pts.)
2. Apoyo social moderado (9 a 11 pts.)
3. Apoyo social fuerte (12 a 14 pts.)

Aprendizaje y aplicación del conocimiento

Tareas y demandas generales

Transformar a dicotómica:
cui1i. Manejar sus emociones, como estrés, angustia, dolor u otras demandas psicológicas

Transformar a dicotómica:
cui1j. Manejar sus conductas, como regular o manejar conductas violentas o agresivas incluyendo violencia física y verbal

Potencial red de apoyo

Escala OSLO

cui13. ¿Cuántas personas son tan cercanas a Ud. que podría contar con ellas si tuviera problemas serios?
cui14. ¿Cuánto interés muestra la gente de su entorno por lo que le pasa o lo que hace?
cui15. ¿Cuán fácil sería para Ud. obtener ayuda de los vecinos(as) si Ud. llegara a necesitarla?

Variables de caracterización de las personas cuidadoras

Salud mental	Síntomas de ansiedad y/o depresión	El indicador es construido a través de la variable denominada PHQ4, la cual se genera a partir de la batería de preguntas cui12. Luego es recodificada, donde para conocer quiénes son clasificados con síntomas severos o modelados de ansiedad y/o depresión. Siendo las alternativas originales las siguientes: Indicador PHQ4 1. Sin síntomas 2. Síntomas leves 3. Síntomas moderados 4. Síntomas severos	SM. 1. Presenta síntomas (leves, moderados o severos) de ansiedad y/o depresión 2. Otros
	Sobrecarga Escala Zarit ²⁵	cui11a. ¿Piensa que, debido al tiempo que dedica a %NOMBRE ADULTO SELECCIONADO% no tiene suficiente tiempo para usted? cui11b. ¿Se siente agobiado(a) por intentar compatibilizar el cuidado de %NOMBRE ADULTO SELECCIONADO% con otras responsabilidades? cui11c. ¿Piensa que cuidar de %NOMBRE ADULTO SELECCIONADO% afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? cui11d. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de %NOMBRE ADULTO SELECCIONADO%? cui11e. ¿Se siente tenso(a) cuando está cerca de %NOMBRE ADULTO SELECCIONADO%? cui11f. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó a cuidar a %NOMBRE ADULTO SELECCIONADO%? cui11g. En general, ¿se siente muy sobrecargado(a) al tener que cuidar a %NOMBRE ADULTO SELECCIONADO%?	Zarit. $\Sigma(cui11a, cui11g)$ 1. Ausencia de sobrecarga (7 a 16 pts.) 2. Sobrecarga intensa (17 a 35 pts.)

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

²⁵ La sumatoria descrita excluye las categorías -88. No sabe y -99. No responde.

Anexo 6. Características sociodemográficas y económicas de los grupos estimados

Categorías		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Probabilidad de pertenecer al grupo		34,1%	18,6%	21,2%	26,1%
Variables sociodemográficas (%)					
Sexo	Hombre	24,0	24,0	32,3	32,6
	Mujer	76,0	76,0	67,7	67,4
Tramo de edad	18 a 29	4,8	7,3	11,2	13,1
	30 a 44	18,8	16,0	17,9	17,9
	45 a 59	36,0	30,6	32,0	29,8
	60 y más	40,4	46,0	38,8	39,3
Nivel educacional	Sin educación formal	2,6	1,4	1,5	0,6
	Básica	24,6	33,6	24,1	22,9
	Media	50,9	44,6	46,9	43,7
	Superior	21,4	20,5	26,5	31,9
Parentesco del cuidador(a) con la persona dependiente	Cónyuge o conviviente	26,0	34,8	27,5	40,5
	Hijo(a) o hijastro(a)	43,8	40,0	35,2	30,5
	Padres o suegros	10,1	11,9	14,2	14,5
	Otro tipo (*)	20,1	13,3	23,1	14,4
Variable económica (%)					
Quintil de ingreso autónomo per cápita	Quintil I	29,9	29,0	27,3	25,6
	Quintil II	20,1	25,8	21,2	23,5
	Quintil III	19,8	15,9	21,5	21,1
	Quintil IV	20,8	21,2	19,0	17,4
	Quintil V	9,4	8,2	11,2	12,4

(*) Categoría "Otro tipo" incluye: yerno o nuera, nieto(a), hermano(a) o cuñado(a), abuelo(a), otro pariente, amigo(a), servicio doméstico puertas adentro y otro no pariente.

Nota: Al 95% de confianza existen diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos grupo, excepto para las variables: "sexo", entre el grupo 2 y 1, y los grupos 2 y 3, y entre los grupos 3 y 4; "edad", en la categoría de 18 a 29 años entre los grupos 1 y 2, 2 y 3, y 3 y 4, y todos los grupos para las categorías 30 a 44, 45 a 59, y 60 y más; "nivel educacional", en la categoría "sin educación formal" entre el los grupos 1 y 2, y los grupos 1 y 3, entre el grupo 2 y 3, y los grupos 3 y 4, y entre el grupo 2 y 4; en la categoría "educación básica" entre los grupos 1 y 3 y los grupos 1 y 4, y la categoría "educación superior" entre los grupos 1 y 2, y los grupos 2 y 3, y entre los grupos 3 y 4; "parentesco del cuidador(a)", para la categoría "cónyuge o conviviente" entre los grupos 1 y 3, los grupos 2 y 3, y los grupos 2 y 4; la categoría "hijo/a o hijastro/a" entre grupo 1 y 2 y los grupos 2 y 3, y los grupos 3 y 4; todos los grupos para categoría "padres o suegros"; y la categoría "otro tipo" entre los grupos 1 y 3, 1 y 4, y 2 y 4; y todos los grupos para variable "Quintil de ingreso autónomo per cápita" y sus categorías

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

Anexo 7. Características sociodemográficas de las personas con dependencia

Categorías		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Variables sociodemográficas (%)					
Sexo	Hombre	36,1	40,0	38,0	41,5
	Mujer	63,9	60,0	62,0	58,5
Tramo de edad	18 a 29	5,4	7,0	10,0	12,0
	30 a 44	9,5	7,7	9,8	14,8
	45 a 59	10,2	22,6	15,4	18,6
	60 y más	74,9	62,8	64,8	54,6
	Sin educación formal	20,1	14,0	19,1	7,5
Nivel educacional (*)	Básica	48,3	43,0	44,5	33,3
	Media	23,4	31,0	24,5	41,8
	Superior	7,4	11,4	10,5	16,3
	Leve	7,6	7,8	15,2	30,1
Grado de severidad de la dependencia	Moderada	23,2	33,9	49,5	50,8
	Severa	69,1	58,3	35,3	19,1

(*) Se consideran los No sabe en el universo de cálculo de nivel educacional. Para el grupo 3 considera categoría "No sabe" es la más alta de los grupos con un 1,3%.

Nota: Al 95% de confianza existen diferencias estadísticamente significativas en cada grupo, excepto en: "sexo" para todos los grupos; "edad", la categoría de "18 a 29" entre el grupo 2 con los grupos 1, 3 y 4, y entre los grupos 4 y 3, la categoría "33 a 44 años" entre el grupo 2 con los grupos 1, 3 y 4 y entre el grupo 3 con 1 y 4, la categoría "45 a 59 años" el grupo 2 con 3 y 4, y el grupo 3 con 1 y 4; y la categoría de "60 y más años" para el grupo 2 respecto de 3 y 4; "nivel educacional", en categorías "sin educación formal", "educación básica" y "educación media" entre el grupo 1 y los grupos 2 y 3, y entre el grupo 2 y 3, la categoría de "educación superior" el grupo 2 con los grupos 1, 3 y 4, y entre el grupo 3 con 1,2 y 4; y en "grado de severidad de la dependencia", en "dependencia leve" entre los grupos 1 y 2, y en "dependencia moderada" entre los grupos 3 y 4.

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.