



ESTUDIO MICARE 2023-2025

# Personas cuidadoras no remuneradas: seguimiento longitudinal del cuidado en Chile

Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE  
VALPARAÍSO



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

# **Personas cuidadoras no remuneradas: seguimiento longitudinal del cuidado en Chile**

**Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado**



# **Personas cuidadoras no remuneradas: seguimiento longitudinal del cuidado en Chile**

## **DIRECTORA DEL ESTUDIO**

---

M. Beatriz Fernández-Lorca

## **PANEL ASESOR ESTUDIO**

---

Andrés Aparicio

Alejandra Araya

Claudia Miranda

## **EDICIÓN**

---

M. Beatriz Fernández-Lorca

Valentina Jorquera-Samter

## **RESPONSABLE TÉCNICO DE ESTUDIO**

---

Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado  
Feedback Research

## **DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN**

---

Franco Astudillo

## **ISBN**

---

Libro físico: 978-956-6348-02-3

Libro digital: 978-956-6348-03-0

Santiago de Chile, abril de 2026

Esta publicación debe citarse como: Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado (2026). *Estudio MICARE 2023-2025. Personas cuidadoras no remuneradas: seguimiento longitudinal del cuidado en Chile*. (M. Fernández & V. Jorquera-Samter, Eds.). MICARE.



## Sobre el Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado

El Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado, MICARE, es un centro de excelencia científica financiado por ANID a través de la Iniciativa Científica Milenio, albergado por la Universidad Andrés Bello (UNAB), la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV) y la Pontificia Universidad Católica de Chile (UC). MICARE se dedica a generar conocimiento científico sobre el cuidado tanto formal como informal de personas mayores en situación de dependencia y personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Su enfoque abarca la caracterización del cuidado desde una perspectiva integral, así como el diseño de intervenciones adecuadas basadas en evidencia. Para lograr este propósito, realiza investigaciones inclusivas, que incorporan activamente la visión de quienes cuidan, las personas mayores con dependencia y las personas con DID. Asimismo, promueve un enfoque transdisciplinario y basado en derechos, que reconoce el papel crucial del uso de la tecnología como herramienta de apoyo en la práctica del cuidado. Desde esta perspectiva, MICARE se plantea proporcionar evidencia rigurosa para informar el desarrollo de políticas públicas que aborden las necesidades y prioridades tanto de quienes cuidan como de aquellos que requieren cuidados o acompañamiento en Chile.



## Sobre el Estudio MICARE

El Estudio MICARE surge con el propósito de aportar evidencia específica sobre la situación de las personas cuidadoras y el trabajo de cuidado en Chile. La iniciativa comienza en 2023 con un primer levantamiento de información orientado a comprender la experiencia de quienes brindan apoyo cotidiano a personas mayores en situación de dependencia (PMD) y a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (DID). En su diseño inicial, el estudio consideró cuatro perfiles de cuidado, distinguiendo entre quienes realizan estas labores en contextos institucionales —Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) e instituciones que acompañan a personas con DID— y quienes las desarrollan en domicilios particulares de manera no remunerada, principalmente familiares, amigas/os o vecinas/os.

A partir de este primer acercamiento, el estudio fue evolucionando hacia un foco más específico. Entre 2024 y 2025 se realizaron olas sucesivas de encuesta, que permitieron ampliar y profundizar la información disponible sobre el trabajo de cuidado. Mientras la primera ola consideró la diversidad de perfiles de cuidado,

las dos olas posteriores se concentraron en personas cuidadoras no remuneradas, con el fin de comprender con mayor detalle las condiciones, trayectorias y desafíos asociados al cuidado realizado al interior de los hogares.

En conjunto, este esfuerzo busca recabar evidencia cuantitativa sobre la experiencia de cuidado de quienes apoyan en actividades de la vida cotidiana o en la facilitación de la toma de decisiones de personas con DID y PMD, así como caracterizar tanto los aspectos positivos como los dilemas que atraviesan quienes desempeñan estas tareas.

Este libro presenta una caracterización de los principales resultados obtenidos a partir de las tres olas del estudio, ofreciendo una mirada acumulativa sobre las trayectorias, tensiones y experiencias de quienes cuidan de forma no remunerada en Chile.



## Prólogo

Este informe llega en un momento crítico para Chile: mientras el país avanza en reconocer el cuidado como un derecho, la evidencia empírica del Estudio MICARE nos muestra qué significa cuidar a lo largo del tiempo y cuáles son los costos, oportunidades y desafíos que enfrentan quienes desempeñan dicha labor.

El Estudio MICARE siguió, entre 2023 y 2025, a un grupo de personas cuidadoras no remuneradas, lo que permitió no solo caracterizarlas, sino también comprender cómo evolucionan sus trayectorias y las condiciones en las que ese cuidado se despliega. El seguimiento longitudinal reveló que, aunque las personas cuidadoras no remuneradas de personas mayores en situación de dependencia (PMD) y de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (DID) comparten el mismo telón de fondo –el cuidado familiar, persistente y feminizado–, sus trayectorias son distintas, lo cual nos ofrece claves importantes para la implementación de la política pública.

En el caso de quienes cuidan a personas mayores en situación de dependencia, la investigación muestra una progresiva intensificación de las necesidades de apoyo, asociada al deterioro funcional y cognitivo, lo que se traduce en un incremento significativo de las actividades básicas, instrumentales y médicas realizadas por las cuidadoras. En contraste, el cuidado de personas con DID presenta trayectorias más estables, en las que las actividades de cuidado tienden a mantenerse o incluso a disminuir levemente con el tiempo, lo que sugiere procesos de ajuste por parte de quien cuida, mayor autonomía relativa de la persona que recibe apoyos y/o reorganización de las redes de cuidado, muchas veces mediadas por aprendizajes acumulados y resignificaciones del rol.

Las consecuencias para quienes cuidan también son diversas. Entre las cuidadoras de personas mayores en dependencia, el panel muestra un aumento de la inactividad laboral, una mayor coexistencia de problemas físicos y psicológicos, un incremento de los sentimientos de soledad y una tendencia al alza de la sobrecarga intensa, junto con una disminución de la percepción de capacidad para realizar las tareas de cuidado. En el grupo de cuidadoras de personas con DID, en cambio, se observa una mayor estabilidad en la salud percibida, la sobrecarga y la satisfacción con el vínculo de cuidado, así como una disminución de la sobrecarga intensa y un aumento de los aspectos positivos del cuidado, lo que apunta a trayectorias de adaptación y resignificación.

En conjunto, estos resultados longitudinales nos recuerdan que no existe “el” cuidado como un fenómeno genérico, sino múltiples formas de cuidar que se organizan y evolucionan de manera diferenciada según la condición de quien recibe apoyos, el curso de vida, los recursos y las redes disponibles. A su vez, estos hallazgos aportan información valiosa para un país que ha decidido avanzar hacia un Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC).

La intensificación de las tareas de cuidado y el desgaste de los aspectos positivos del cuidado en quienes cuidan a las personas mayores, subrayan la urgencia de reforzar la oferta programática en ámbitos como cuidados domiciliarios, centros diurnos, apoyos comunitarios y respiro.

Al mismo tiempo, las trayectorias más estables observadas en el grupo de personas cuidadoras no remuneradas de DID, con una tendencia al alza en los aspectos positivos del cuidado, sugieren el valor de intervenciones y políticas que acompañen y potencien estos procesos de adaptación, reconociendo los saberes acumulados en las familias y fortaleciendo las iniciativas de inclusión educativa, laboral y comunitaria.

Al mostrar cómo el cuidado incide en la inactividad laboral, la salud física y mental, y la soledad, el Estudio MICARE ofrece evidencia robusta para respaldar medidas y acciones que no se limiten a un reconocimiento simbólico, sino que se traduzcan en derechos efectivos, beneficios concretos y condiciones materiales que hagan sostenible el cuidado en el tiempo.

Que este trabajo se haya desarrollado en paralelo al diseño y la puesta en marcha del SNAC constituye una oportunidad única para que la política pública se nutra de evidencia que capte la complejidad y la evolución del cuidado. La identificación de trayectorias diferenciadas subraya, por un lado, la importancia de afinar los criterios de priorización, de gradualidad y de focalización en la implementación del SNAC y, por otro, la necesidad de un monitoreo constante que permita evaluar qué prestaciones responden de manera adecuada y oportuna a las necesidades de las personas cuidadoras no remuneradas a lo largo de una trayectoria de cuidado en constante cambio. En este sentido, esperamos que este informe sea una herramienta útil para ello.

**Dra. Claudia Miranda**

*Directora*

*Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado (MICARE)*



## Metodología

El Estudio MICARE – en su versión “Personas cuidadoras no remuneradas” corresponde a una investigación longitudinal iniciada en 2023, cuyo objetivo es caracterizar en el tiempo la experiencia de cuidado no remunerado en Chile en estas dos subpoblaciones específicas<sup>1</sup>:

1. Personas cuidadoras no remuneradas de personas mayores en situación de dependencia (PMD):

Personas que realizan labores de cuidado en el entorno del hogar sin remuneración para una persona de 60 años o más en situación de dependencia. Se incluyen familiares directos, amigos/as o vecinos/as que declaran cuidar la mayor parte del tiempo a dicha persona en su domicilio.

2. Personas cuidadoras no remuneradas de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (DID):

Personas que realizan labores de cuidado y acompañamiento, también sin remuneración, para personas desde 0 años y más con discapacidad intelectual y del desarrollo. Se incluyen familiares, amigos/as o vecinos/as que declaran asumir la mayor parte del cuidado o acompañamiento en el hogar.

En ambos casos, el foco analítico del proyecto se sitúa en la diada cuidador–persona cuidada, entendiendo el cuidado como una relación sostenida en el tiempo y ejercida principalmente en el ámbito domiciliario.

La investigación se desarrolló en cuatro regiones del país —Coquimbo, Valparaíso, Biobío y Metropolitana— y contempló tres momentos de medición: una línea base en 2023 (Ola 1), un primer seguimiento en 2024 (Ola 2) y una tercera ola en 2025 (Ola 3), consolidando así un diseño de panel de tres años.

La recolección de información se realizó mediante encuestas cara a cara, aplicadas de forma presencial por equipos de terreno previamente capacitados. El Estudio MICARE cuenta con aprobación ética del Comité de Bioética y Bioseguridad de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. La participación de todas las personas cuidadoras encuestadas fue totalmente voluntaria, asegurándose confidencialidad y anonimización de sus datos.

<sup>1</sup> En la medición de línea base del Estudio MICARE (Ola 1 – 2023) se consideró adicionalmente la participación de personas cuidadoras formales, es decir, personas que desarrollan labores de cuidado y acompañamiento de manera remunerada y bajo algún tipo de contrato en instituciones. No obstante, el diseño longitudinal del estudio se centró exclusivamente en el seguimiento de personas cuidadoras sin remuneración, es decir, las personas cuidadoras formales no fueron incorporadas en las olas posteriores ni forman parte de la muestra panel analizada en este informe.

Para revisar los resultados correspondientes a esta población, consulte el informe específico del componente de cuidado formal del Estudio MICARE en:

[https://www.micare.cl/wp-content/uploads/2024/04/ESTUDIO-Micare\\_26enero.pdf](https://www.micare.cl/wp-content/uploads/2024/04/ESTUDIO-Micare_26enero.pdf)



## Antecedentes del diseño longitudinal

### Línea base (Ola 1 – 2023)

En 2023 se encuestaron 2.270 personas cuidadoras no remuneradas (n=1.135 cuidadores PMD y n=1.135 cuidadores DID).

En el caso de personas cuidadoras de PMD, el diseño muestral fue probabilístico, estratificado por región y multietápico, con selección de viviendas particulares en comunas previamente definidas. En cada vivienda se identificó una persona mayor en situación de dependencia y, asociada a ella, un único cuidador principal no remunerado. Dado su carácter probabilístico y el posterior proceso de ponderación, esta submuestra cuenta con representatividad estadística para la población de personas cuidadoras sin remuneración de PMD en las cuatro regiones consideradas.

Para el caso de cuidadores de personas con DID, el levantamiento se realizó a través de un muestreo no probabilístico, por proceso de bola de nieve, por lo que esta muestra no tiene representatividad estadística poblacional.

### Primer seguimiento (Ola 2 – 2024)

En 2024 se realizó el primer seguimiento longitudinal, alcanzando 1.003 casos (n=503 cuidadores de PMD y n= 500 cuidadores de una persona con DID). En esta ola se identificó, adicionalmente, una submuestra de 180 personas que dejaron de ejercer labores de cuidado, la cual fue analizada de manera específica.

### Diseño y criterios de seguimiento (Ola 3 - 2025)

La tercera ola del estudio se ejecutó el 2025. Al igual que en la Ola 2, corresponde a un seguimiento exclusivo de panel; es decir, no se incorporaron nuevos casos. La muestra estuvo compuesta únicamente por personas previamente encuestadas en 2023 y 2024 que cumplían simultáneamente los siguientes criterios:

- Mantener el rol de cuidador no remunerado.
- Continuar al cuidado de la misma persona reportada en olas anteriores.
- Residir en la misma región considerada en el diseño original.

Se excluyeron cuidadores que hubiesen cesado sus funciones, que estuvieran cuidando a una persona distinta o que hubiesen cambiado de región.

Es importante señalar que, a diferencia de la línea base 2023, la Ola 3 no tiene pretensión de representatividad estadística poblacional. La atrición propia del diseño longitudinal implica que la muestra final corresponde a un subconjunto específico del panel original.

En consecuencia, el foco analítico de esta ola no está puesto en estimaciones poblacionales, sino en el análisis de dinámicas de cambio intra-cuidador. Es decir, el interés metodológico se centra en observar transformaciones, persistencias y trayectorias en las condiciones de cuidado de las mismas personas a lo largo del tiempo, más que en describir la situación agregada de la población cuidadora en un momento determinado.

## Logro muestral Ola 3 (2025)

La evolución del tamaño muestral refleja la lógica propia de un panel longitudinal. Mientras en la línea base 2023 se encuestaron en total a 2.270 personas cuidadoras no remuneradas, la segunda ola 2024 logró recontactar a 1.003 participantes de ambos grupos. En la tercera medición 2025 se completaron 457 entrevistas, distribuidas en 232 personas cuidadoras de PMD y 225 de DID.

Esta reducción progresiva responde a procesos esperables de atrición, tales como cese del rol de cuidado, cambios en la persona cuidada, fallecimientos o pérdida de contacto, configurando una muestra final que corresponde a quienes mantuvieron el rol y aceptaron continuar participando del estudio.

**Tabla 1**  
**Tamaño muestral por ola y tipo de persona cuidada**  
**(en número de personas encuestadas)**

Tipo de persona cuidadora no remunerada	2023 - Ola 1	2024 - Ola 2	2025 - Ola 3
Persona cuidadora de PMD	1.135	503	232
Persona cuidadora de una persona DID	1.135	500	225
<b>Total</b>	<b>2.270</b>	<b>1.003</b>	<b>457</b>

Nota: Responsable Técnico: MICARE y Feedback Research. En 2024 se identificó adicionalmente una submuestra de 180 personas que dejaron de ejercer labores de cuidado, analizada de manera específica.

El análisis del rendimiento del panel entre la ola 2 y la ola 3 muestra que la tasa de entrevista efectiva fue similar en ambos grupos: 46% en cuidadores de PMD y 45% en cuidadores de DID. Entre las principales razones de no continuidad destacan el hecho de haber dejado de ejercer el rol de cuidado (10% en cuidadores PMD y 18% en DID), el cuidado de una persona distinta a la reportada previamente (8% y 9%, respectivamente) y situaciones de fallecimiento del cuidador o de la persona cuidada (5% en cuidadores de PMD y 2% en DID).

Adicionalmente, una fracción de casos no pudo ser contactada, ya sea por cambio de domicilio o región (5% en cuidadores PMD y 4% en DID) o por imposibilidad de establecer contacto pese a los intentos realizados (19% y 16%, respectivamente). En conjunto, los casos sin contacto representaron el 24% del panel de cuidadores no remunerados de PMD y el 20% del panel de cuidadores no remunerados de DID.

**Tabla 2**  
**Rendimiento de la muestra – Ola 3 MICARE**  
**(número de casos y % sobre total entre paréntesis)**

Condición	Categoría	Persona cuidadora no remunerada PMD (n=503)	Persona cuidadora no remunerada DID (n=500)
Contacto	Entrevista correcta	232 (46%)	225 (45%)
	Rechazo	39 (8%)	32 (6%)
	No ejerce como cuidador	48 (10%)	91 (18%)
	Cuida a otra persona	39 (8%)	45 (9%)
	Fallecimiento cuidador/persona cuidada	23 (5%)	9 (2%)
	<b>Subtotal contacto</b>	<b>381 (76%)</b>	<b>402 (80%)</b>
Sin contacto	Cambio domicilio/región	24 (5%)	18 (4%)
	Sin contacto	98 (19%)	80 (16%)
	<b>Subtotal sin contacto</b>	<b>122 (24%)</b>	<b>98 (20%)</b>

Nota: Responsable Técnico: MICARE y Feedback Research

En términos territoriales, la distribución regional de la muestra final mantiene una presencia relativamente equilibrada entre las cuatro regiones consideradas en el diseño original. En el caso de personas cuidadoras de PMD, la mayor proporción se concentra en la Región Metropolitana (31,9%), seguida de Biobío (24,6%), Valparaíso (23,7%) y Coquimbo (19,8%). Para cuidadores de DID, la distribución es similar, con predominio de Metropolitana (32,0%) y Biobío (26,2%), seguidas de Coquimbo (23,1%) y Valparaíso (18,7%). Esta estabilidad territorial refuerza la continuidad del panel en términos geográficos, aun cuando la muestra no tiene pretensión de representatividad poblacional en esta tercera ola.

**Tabla 3**  
**Distribución regional de la muestra**  
**(en número de casos y porcentaje respecto al total).**

Región	Persona cuidadora no remunerada PMD (n=232)	Persona cuidadora no remunerada DID (n=225)
Metropolitana	74 (31,9%)	72 (32,0%)
Coquimbo	46 (19,8%)	52 (23,1%)
Valparaíso	55 (23,7%)	42 (18,7%)
Biobío	57 (24,6%)	59 (26,2%)
<b>Total</b>	<b>232 (100%)</b>	<b>225 (100%)</b>

Nota: Responsable Técnico: MICARE y Feedback Research

### ***Nota de agradecimiento***

*El equipo a cargo del Estudio MICARE expresa su sincero agradecimiento a todas las personas cuidadoras que participaron en este estudio longitudinal, quienes, a través de su colaboración en las distintas olas de levantamiento, hicieron posible la generación de evidencia rigurosa sobre las trayectorias y experiencias del cuidado en el tiempo.*

*La contribución de las personas cuidadoras no solo sustenta este estudio, sino que también fortalece la disponibilidad de antecedentes para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas orientadas al cuidado y al apoyo de quienes lo proveen.*



## Resumen Ejecutivo

- El seguimiento longitudinal de personas cuidadoras no remuneradas entre 2023 y 2025 permite observar no solo quiénes ejercen el cuidado, sino también cómo evolucionan sus trayectorias y las condiciones en que este se desarrolla. La muestra panel, compuesta por quienes han sostenido el rol en las tres olas del estudio, muestra que el cuidado prolongado recae mayoritariamente en mujeres de edades medias, con niveles educacionales principalmente secundarios y con trayectorias laborales tensionadas por la dedicación al cuidado.
- Aunque este perfil sociodemográfico es transversal a ambos grupos analizados —personas cuidadoras no remuneradas de personas mayores en situación de dependencia (PMD) y de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (DID)—, la evidencia longitudinal revela diferencias en la evolución y complejidad del cuidado.
- En el caso del panel de cuidadores de PMD, se observa una progresiva intensificación de las necesidades de apoyo asociada al deterioro funcional y cognitivo de la persona mayor. Entre 2023 y 2025 aumentan la dependencia moderada, la postración y el diagnóstico de demencia, junto con el deterioro en actividades instrumentales de la vida diaria. Este escenario se traduce en un incremento significativo de las actividades básicas, instrumentales y médicas realizadas por las personas cuidadoras, configurando un rol cada vez más complejo y con mayor componente sanitario.
- En contraste, el cuidado y acompañamiento de personas con DID muestra trayectorias más estables. Si bien persisten altos niveles de coresidencia y dedicación horaria, las actividades de cuidado tienden a mantenerse o disminuir levemente en el tiempo, lo que sugiere procesos de ajuste, mayor autonomía relativa de la persona que recibe apoyos o reorganización de las redes de cuidado.
- Estas diferencias en la evolución del cuidado se reflejan también en las consecuencias para quienes cuidan. En el panel de personas cuidadoras de una PMD se observa un aumento de la inactividad laboral, mayor coexistencia de problemas físicos y psicológicos, incremento de sentimientos de soledad y una tendencia al alza en la sobrecarga intensa, junto con una disminución en la percepción de capacidad para realizar tareas de cuidado. Asimismo, los aspectos positivos del cuidado muestran una leve erosión, especialmente en dimensiones relacionales como sentirse valorado/a o fortalecer vínculos.

- Por su parte, en el grupo de personas cuidadoras de una persona con DID predomina una mayor estabilidad en salud percibida, sobrecarga y satisfacción con el vínculo de cuidado, junto con una disminución de la sobrecarga intensa y una tendencia al alza en los aspectos positivos del cuidado, lo que sugiere trayectorias de resignificación y adaptación al rol cuidador.
- En síntesis, los resultados longitudinales indican que, aun cuando ambos grupos comparten la feminización y persistencia del cuidado familiar, el panel de personas cuidadoras de una PMD presenta una trayectoria marcada por el aumento de la complejidad y la intensificación de las tareas, asociada al deterioro progresivo de la persona mayor y a la creciente medicalización del cuidado domiciliario. Por su parte, el panel de personas cuidadoras de una persona con DID evidencia trayectorias más estables y, en algunos ámbitos, procesos de ajuste que atenúan el aumento de la carga. Con todo, ello no implica que el cuidado en este grupo sea menos exigente, sino que las demandas tienden a configurarse de manera distinta a lo largo del tiempo, muchas veces mediadas por procesos de adaptación y aprendizaje acumulado en la trayectoria de cuidado.
- En conjunto, los resultados evidencian la relevancia de avanzar hacia políticas que incorporen la diversidad de experiencias y trayectorias de cuidado, resguardando apoyos oportunos y adecuados a las distintas formas en que el cuidado se organiza y evoluciona a lo largo del tiempo.

**ESTUDIO  
MICARE  
2023-2025**

**Personas cuidadoras  
no remuneradas:  
Resultados seguimiento  
longitudinal del cuidado  
en Chile**

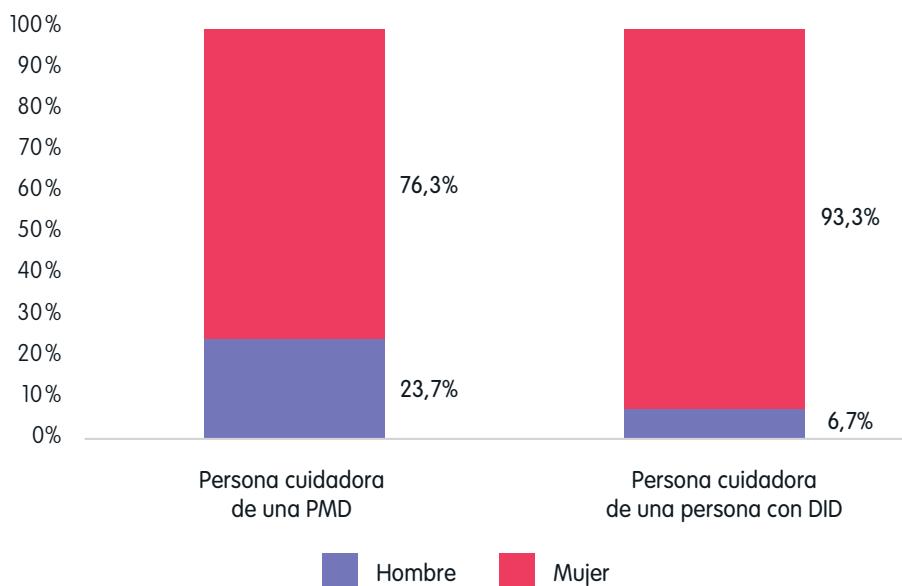




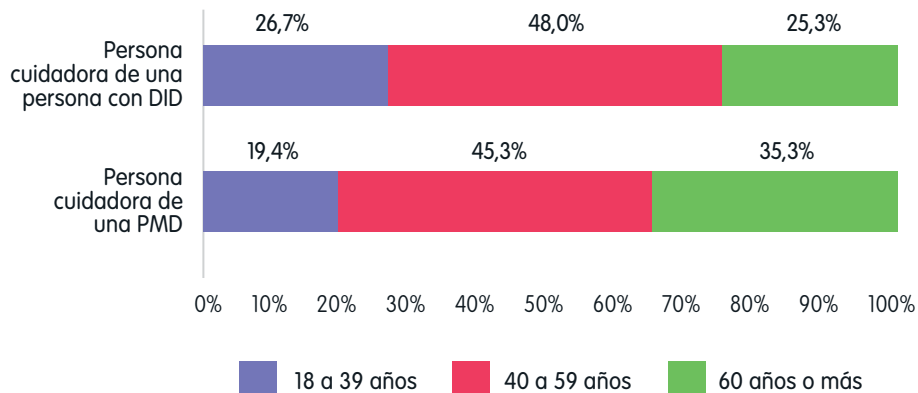
## Caracterización sociodemográfica de la muestra longitudinal

La muestra longitudinal —compuesta por personas que han sostenido de manera no remunerada el rol de cuidado entre la primera y la tercera ola del estudio— permite observar quiénes permanecen en esta función a lo largo del tiempo. Más que una fotografía puntual, se trata del perfil de quienes continúan cuidando, ya sea a una persona mayor dependiente (PMD) o a una persona con discapacidad intelectual y del desarrollo (DID).

**Gráfico 1**  
Género de la persona cuidadora

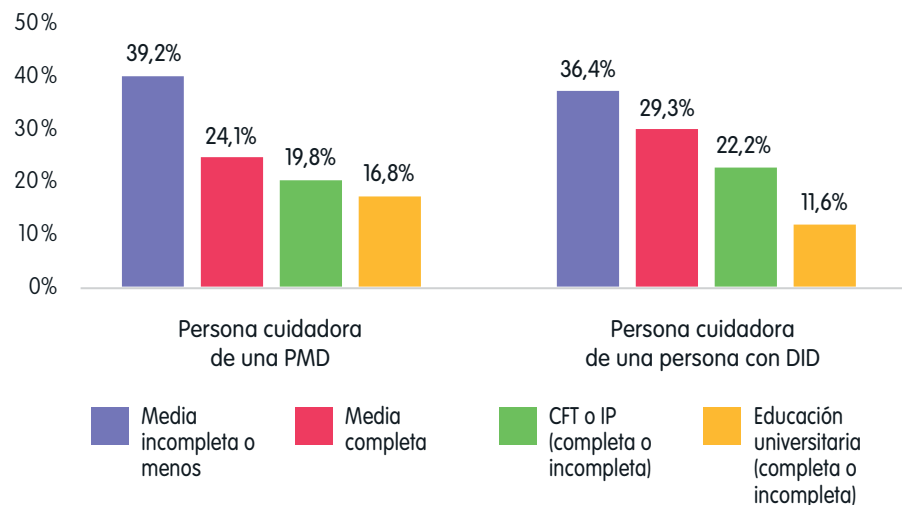


**Gráfico 2**  
Edad de la persona cuidadora



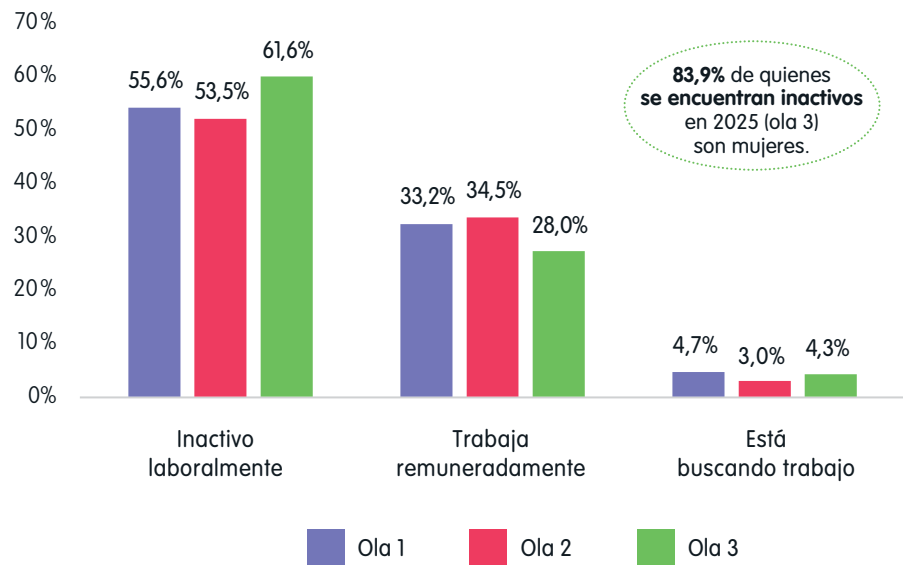
- Se destaca la persistente feminización del cuidado. Entre quienes cuidan a una PMD, el 76% son mujeres y el 23,7% hombres. En el caso del cuidado de personas con DID, la brecha es aún más pronunciada: el 93% de la muestra está compuesto por mujeres, frente a solo un 6,7% de hombres. Esto sugiere que no solo el cuidado es mayoritariamente femenino en términos generales, sino que también lo es su sostenimiento en el tiempo.
- En términos etarios, la muestra se concentra principalmente en edades medias. Entre quienes cuidan a una PMD, el grupo más numeroso corresponde a personas entre 40 y 59 años (45,3%), seguido por quienes tienen 60 años o más (35,3%) y, en menor proporción, por el tramo de 18 a 39 años (19,4%). En el caso del cuidado de personas con DID, también predomina el tramo de 40 a 59 años (48%), pero se observa una distribución algo más equilibrada entre personas jóvenes (26,7%) y mayores de 60 años (25,3%). En ambos casos, el cuidado sostenido recae principalmente en personas en edad media de la vida, aunque no es menor la proporción de cuidadores que también están envejeciendo.

**Gráfico 3**  
Nivel educativo de la persona cuidadora



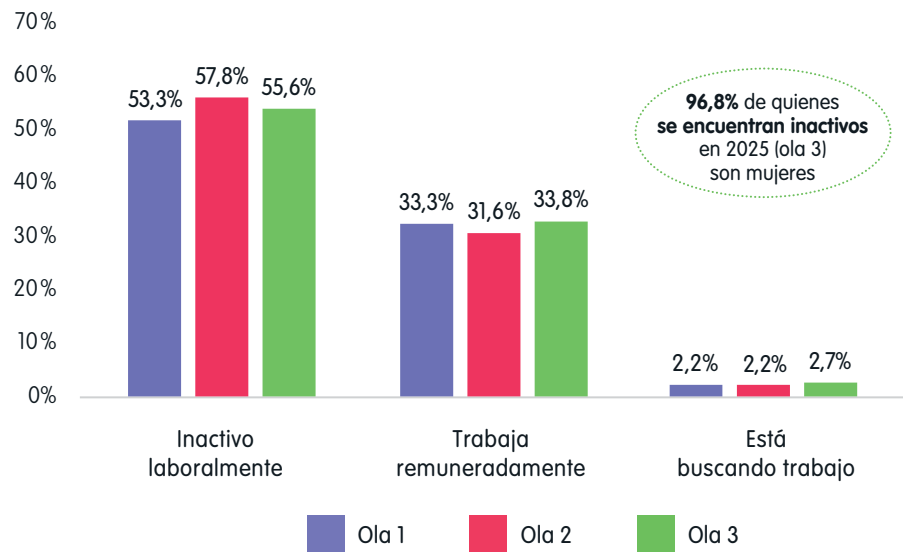
- El nivel educacional muestra una concentración en escolaridad media o inferior. Entre quienes cuidan a una PMD, el 39,2% tiene enseñanza media incompleta o menos, el 24,1% cuenta con media completa, el 19,8% posee formación técnica (completa o incompleta) y el 16,8% estudios universitarios (completos o incompletos).
- En el grupo que cuida o acompaña a personas con DID, la distribución es relativamente similar: 36,4% tiene media incompleta o menos, 29,3% media completa, 22,2% formación técnica y 11,6% educación universitaria. Si bien existen diferencias entre ambos grupos, en general se observa que el cuidado continuo en el tiempo se concentra en personas con trayectorias educativas mayoritariamente de educación secundaria, lo que puede incidir en sus oportunidades laborales y en el acceso a recursos formales de apoyo.

**Gráfico 4**  
**Situación laboral:**  
**Persona cuidadora de una PMD**



Nota: Al 95% de confianza, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las olas 2 y 3, así como entre las olas 1 y 3, en la categoría "inactivo laboralmente".

**Gráfico 5**  
**Situación laboral:**  
**Persona cuidadora de una persona con DID**



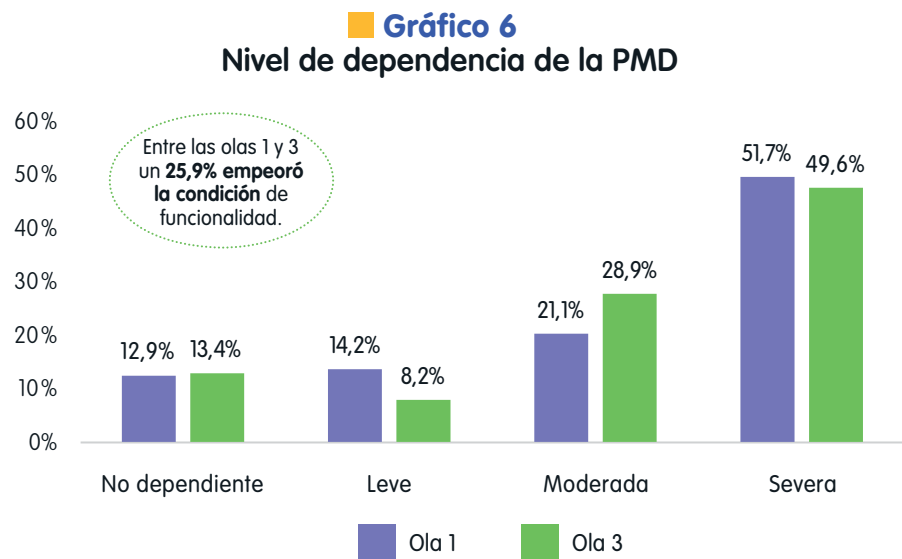
Nota: Al 95% de confianza, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- En el plano laboral, el seguimiento revela una tendencia de aumento de la inactividad entre quienes cuidan a PMD. Si en la primera ola el 55,6% se encontraba fuera del mercado laboral, en la tercera ola esta cifra asciende a 61,6%. En paralelo, la

proporción de personas ocupadas desciende, situándose en 28% en 2025. La inactividad, además, tiene un claro componente de género: el 83,9% de quienes están inactivos son mujeres. Esto sugiere que, a lo largo del tiempo, el cuidado tiende a consolidarse como actividad principal, particularmente en el caso femenino.

- En el cuidado de personas con DID, el aumento de la inactividad es más moderado —de 53,3% a 55,6% entre la primera y la tercera ola— y no se observan variaciones significativas en la proporción de personas que trabajan remuneradamente. Sin embargo, la feminización de la inactividad es aún más marcada en este grupo: el 96,8% de las personas inactivas son mujeres.
- Con esto, el seguimiento muestra que el cuidado sostenido en el tiempo recae mayoritariamente en mujeres, en edades medias de la vida, con niveles educativos principalmente medios y con una creciente desvinculación del mercado laboral, especialmente en el caso del cuidado de PMD. Se trata, por tanto, de un perfil que combina permanencia en el rol de cuidado con trayectorias laborales cada vez más tensionadas por esta responsabilidad.

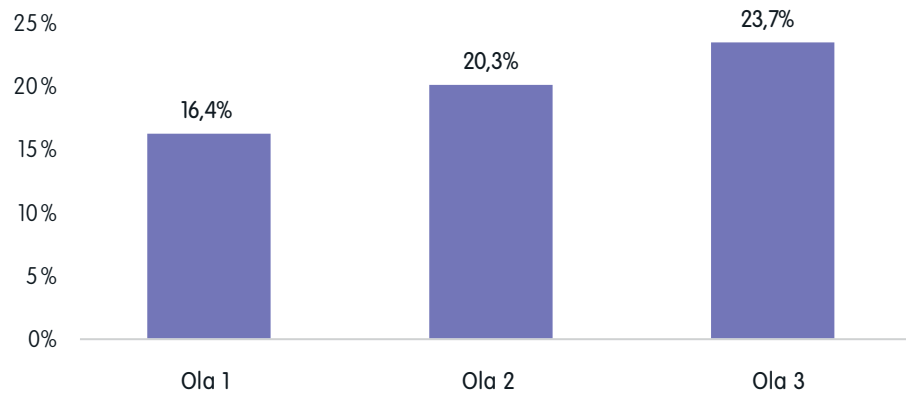
## ¿A quiénes cuidan?



Nota: Al 95% de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se dan entre ola 1 y ola 3 en las categorías de dependencia "moderada" y "leve".

- Entre la línea base y la tercera ola se observa un desplazamiento hacia mayores niveles de dependencia funcional, medidos con la metodología de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN): aumenta la proporción de personas con dependencia moderada (21,1% a 28,9%), mientras disminuye la dependencia leve (14,2% a 8,2%). La variación en dependencia severa (51,7% a 49,6%) no resulta estadísticamente significativa. En términos longitudinales, un 25,9% de las personas mayores cuidadas experimentó un empeoramiento en su nivel de funcionalidad entre 2023 y 2025.

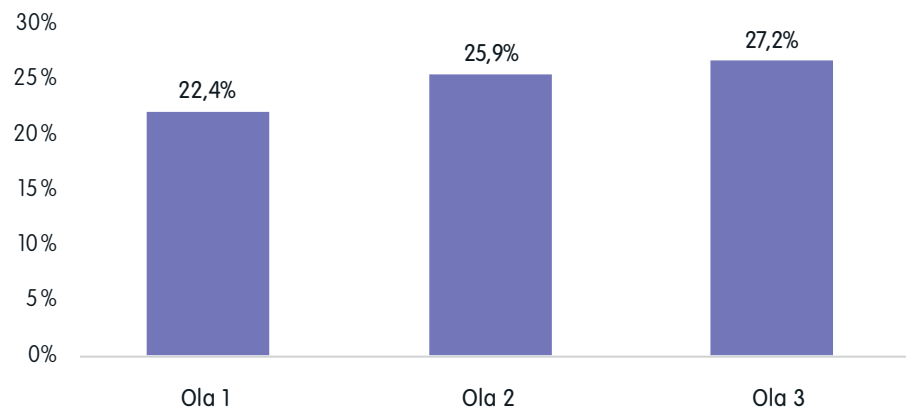
**Gráfico 7**  
**Se declara condición de PMD postrada**  
*(Porcentaje Sí)*



Nota: Al 95% de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se dan entre ola 1 y ola 3.

- A su vez, se incrementa la proporción de personas en condición de postración, pasando de 16,4% a 23,7%, lo que sugiere una intensificación de las necesidades de apoyo físico y supervisión continua.

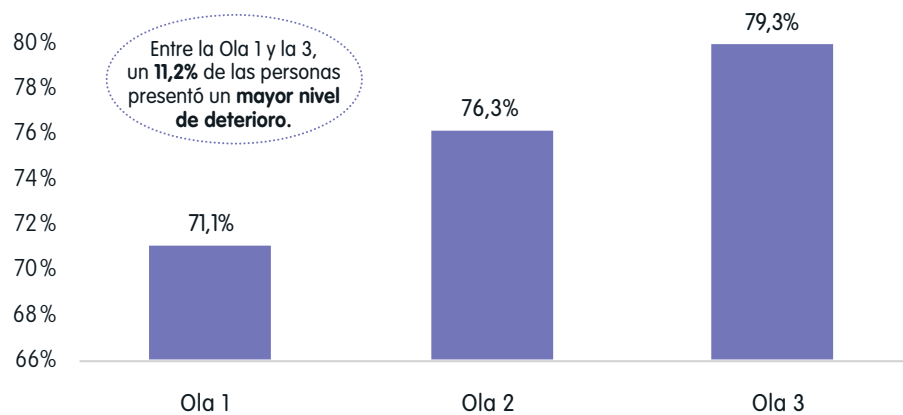
**Gráfico 8**  
**Se declara diagnóstico de demencia PMD**  
*(Porcentaje Sí)*



Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- También se observa un aumento en el autorreporte de diagnóstico de demencia a lo largo del seguimiento longitudinal (22,4% a 27,2%).

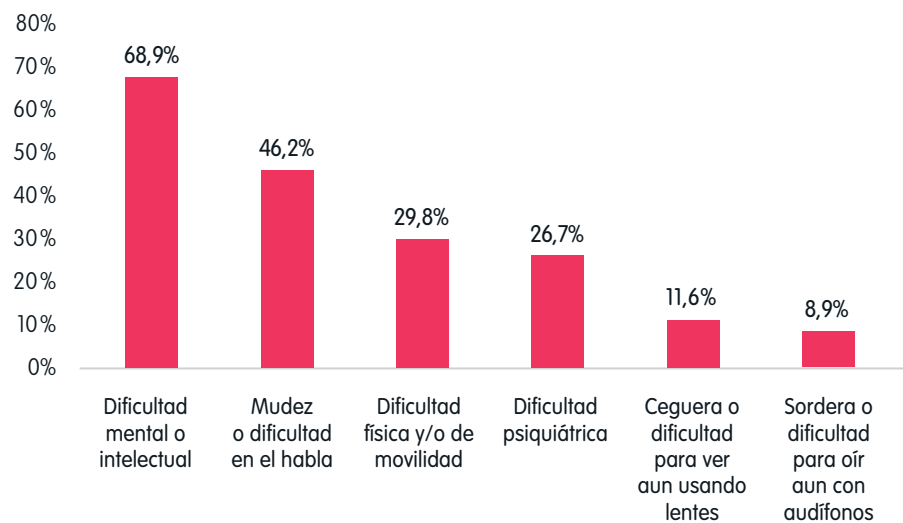
**Gráfico 9**  
**Deterioro funcional PMD según escala Pfeiffer**  
*(Porcentaje Sí)*



Nota: Al 95% de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se dan entre Ola 1 y Ola 3.

- En línea con lo anterior, la proporción de personas con deterioro funcional medido mediante la escala de Pfeiffer —instrumento que evalúa limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria asociadas a deterioro cognitivo— aumenta de 71,1% a 79,3%. En el seguimiento, un 11,2% de las personas mayores mostró un agravamiento en este deterioro.

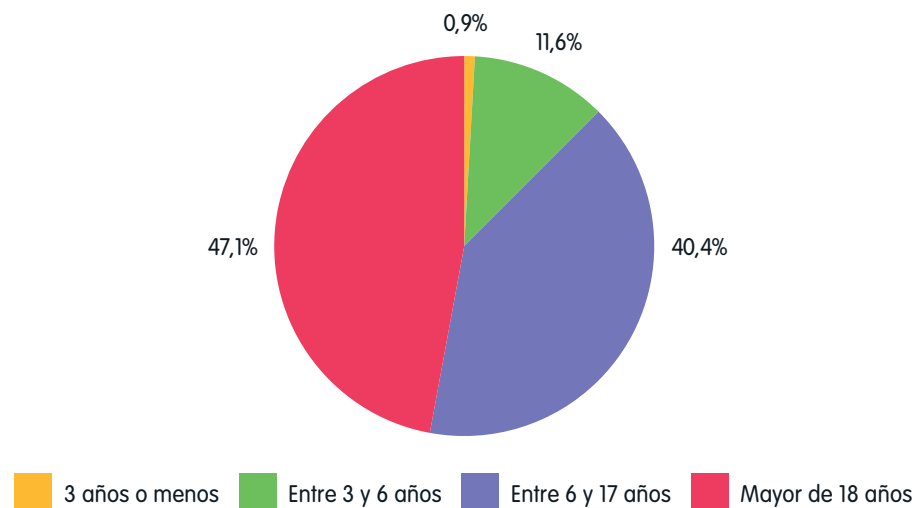
**Gráfico 10**  
**Tipo de dificultad declarada en personas con DID**  
*(Ola 3)*



Nota: Porcentajes no suman 100% debido a que es una pregunta de selección múltiple.

- En el caso de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (DID), la gran mayoría de las personas cuidadoras del panel (90,2%) declara brindar apoyo a una persona con discapacidad intelectual.
- Un 44,4% de las personas cuidadas presenta alguna condición del neurodesarrollo, destacando principalmente el trastorno del espectro autista.
- Asimismo, un 11,1% corresponde a personas con trastorno por déficit atencional e hiperactividad y otro 11,1% a personas con síndrome de Down.
- De manera transversal, las personas cuidadoras reportan situaciones de multimorbilidad, en las que la discapacidad intelectual se combina con limitaciones físicas o problemas de salud mental, configurando experiencias de cuidado complejas y de alta intensidad.

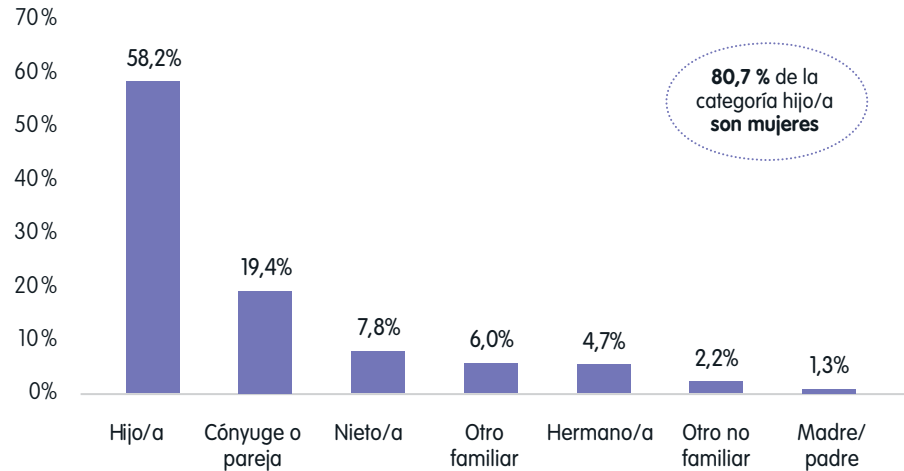
**Gráfico 11**  
**Edad de la persona con DID que recibe cuidados/apoyos al 2025**  
*(Ola 3)*



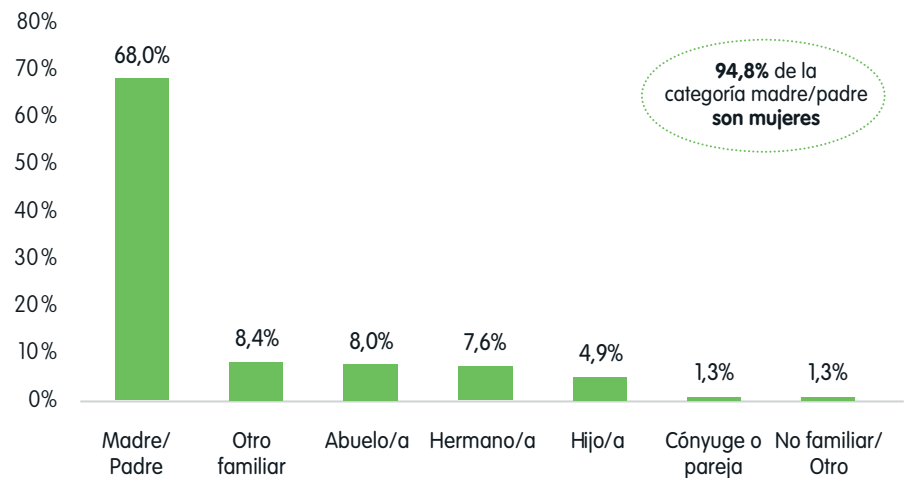
- En términos etarios, la población cuidada es heterogénea: el 47,1% corresponde a personas mayores de 18 años, seguido de un 40,4% entre 6 y 17 años. En menor proporción, un 11,6% son niños o niñas de 3 a 6 años, mientras que el 0,9% tiene menos de 3 años, lo que evidencia la coexistencia de trayectorias de cuidado a lo largo del curso de vida.

## Caracterizando la relación de cuidados

**Gráfico 12**  
Relación de parentesco  
Persona cuidadora de una PMD



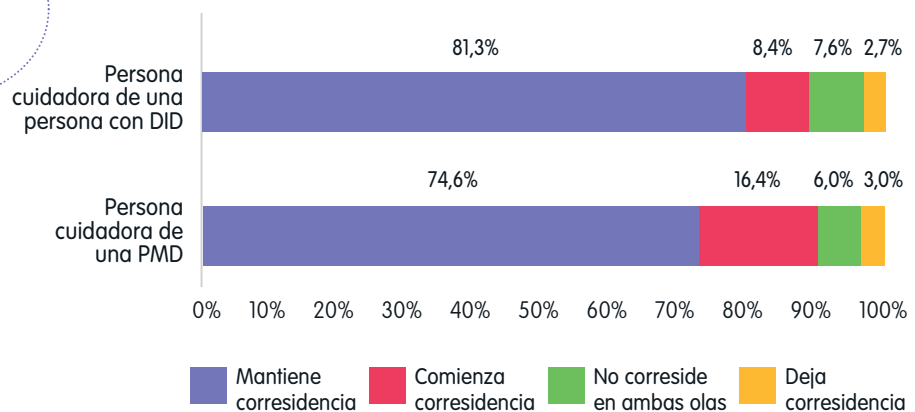
**Gráfico 13**  
Relación de parentesco  
Persona cuidadora de una persona con DID



- Entre quienes cuidan a mayores en situación de dependencia, predomina el lazo filial: 58,2% son hijos o hijas, seguido de cónyuges o parejas (19,4%). En menor proporción aparecen nietos/as (7,8%) y otros familiares. Este patrón refuerza la feminización del cuidado, ya que el 80,7% de quienes se identifican como hijos/as cuidadores son mujeres.
- En el caso del cuidado a personas con DID, la relación parental es aún más predominante: 68% corresponde a madres o padres, seguidos por otros familiares. De forma más marginal se identifican abuelos/as (8%) y hermanos/as (7,6%). Entre quienes se reconocen como madres o padres cuidadores, 94,8% son mujeres, evidenciando una marcada centralidad materna en estas trayectorias de cuidado.

Al 2025, el **91%** de las personas cuidadoras de PMD y el **89,8%** de quienes cuidan a personas con DID **corresiden con ellas**.

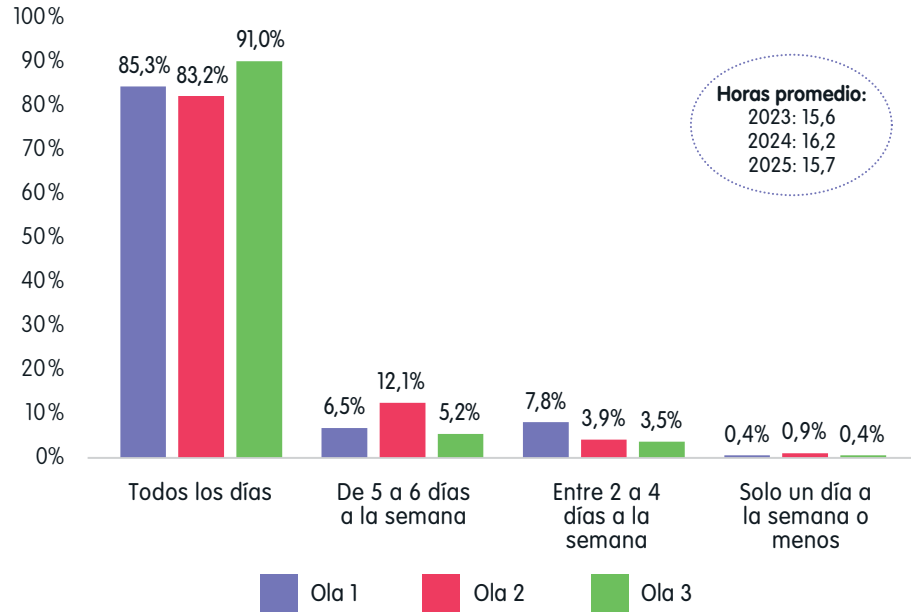
**Gráfico 14**  
Evolución de la coresidencia entre 2023 y 2025  
(Ola 1 a Ola 3)



- El seguimiento panel muestra altos niveles de convivencia entre cuidador/a y persona cuidada. En el caso del panel PMD, 74,6% mantuvo coresidencia, pero destaca que 16,4% comenzó a convivir a lo largo del seguimiento, fenómeno coherente posiblemente con el aumento observado en la dependencia funcional. En contraste, 6% no coresidió y 3% dejó de convivir entre 2023 y 2025.
- Para cuidadores de persona con DID, 81,3% mantuvo coresidencia durante todo el período, mientras que 8,4% comenzó a convivir entre las olas y 7,6% nunca coresidió; un 2,7% dejó de hacerlo.

**Gráfico 15**

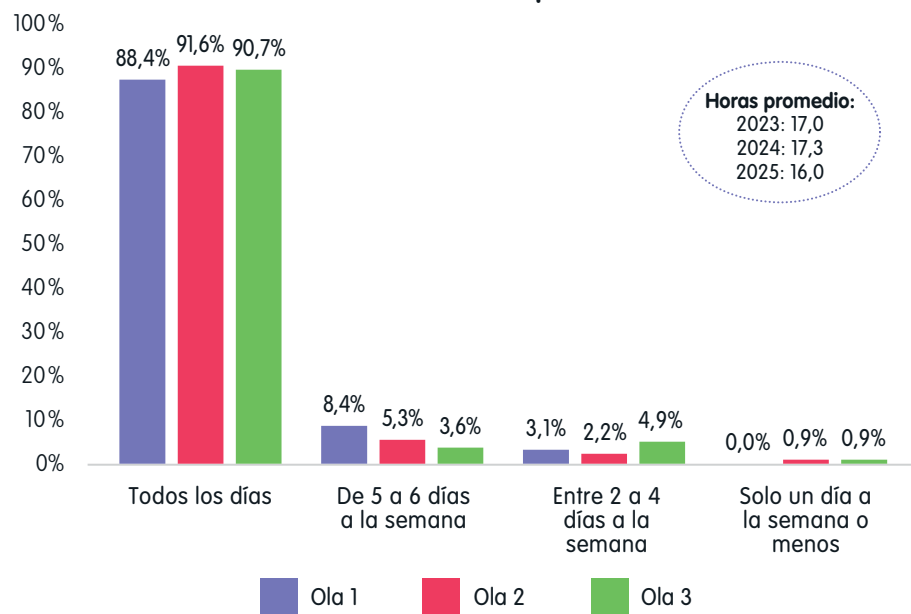
**Frecuencia semanal de labores de cuidado  
Persona cuidadora de una PMD**



Nota: Al 95% de confianza, se observan diferencias estadísticamente significativas en la categoría "Todos los días" entre las olas 2 y 3, así como entre las olas 1 y 3. En la categoría "De 5 a 6 días a la semana", las diferencias significativas se presentan entre las olas 1 y 2 y entre las olas 2 y 3.

**Gráfico 16**

**Frecuencia semanal labores de cuidado  
Persona cuidadora de una persona con DID**



Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- Entre 2023 y 2025 aumenta la proporción de personas que declaran cuidar a la PMD todos los días (85,3% a 91%), mientras disminuyen las modalidades de cuidado menos frecuentes. La reducción más marcada se observa en quienes cuidaban entre 5 y 6 días semanales entre la ola 2 y la ola 3. En promedio, las horas dedicadas al cuidado alcanzan 15,7 horas diarias, reflejando una alta intensidad del rol.
- En el grupo de personas cuidadoras de una persona con DID, el cuidado diario se mantiene estable y elevado a lo largo del período. Disminuye la proporción de quienes cuidan entre 5 y 6 días a la semana (de 8,4% a 3,6%) y aumenta levemente el cuidado de 2 a 4 días (de 2,2% a 4,9%). Las horas promedio de cuidado se sitúan en torno a 16 diarias, sin diferencias estadísticamente significativas entre las olas.

■ **Tabla 4**

**Puntaje promedio, mediana y cuartiles extremos para la Escala de Satisfacción con la Relación de Burns (BRSS)**

Persona cuidadora no remunerada muestra panel	Año	Promedio (Desviación estándar)	Mediana	Min	Max
Persona cuidadora de PMD	2023	30,2 (4,3)	30	14	35
	2024	29,2 (4,5)	28	7	35
	2025	29,5 (4,3)	28	11	35
Persona cuidadora de persona con DID	2023	30,0 (5,1)	30	7	35
	2024	30,7 (4,2)	31,5	16	35
	2025	30,3 (4,8)	30	7	35

Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas. Se utilizan casos de la muestra con respuesta completa de todos los ítems de la escala.

- La evaluación de la relación cuidador–persona cuidada, medida mediante la escala de satisfacción de Burns, muestra tendencias opuestas según grupo, aunque sin significancia estadística.
- En personas cuidadoras de PMD se observa una leve disminución del puntaje promedio y de la mediana entre 2023 y 2025, lo que sugiere una posible erosión incipiente en la percepción de la relación.
- En personas cuidadores de personas con DID, en cambio, la tendencia general es levemente al alza, reflejando una percepción relativamente estable y positiva del vínculo a lo largo del seguimiento.

## Las actividades del cuidado

**Tabla 5**  
Prevalencia de Actividades Básicas de la Vida Diaria, según tipo de actividad.

Tipo de actividad	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)			
	Persona cuidadora no remunerada de PMD		Persona cuidadora no remunerada de persona con DID	
	Ola 1 (2023)	Ola 3 (2025)	Ola 1 (2023)	Ola 3 (2025)
Acostarse y levantarse de la cama	48,7%	60,3%*	59,6%	53,3%*
Vestirse	52,6%	61,2%*	65,3%	61,3%
Ir al baño	42,7%	46,6%	52,9%	48,4%
Bañarse o ducharse	59,9%	67,2%*	70,2%	69,3%
Lidiar con incontinencia o cambiar pañales	30,6%	36,6%	33,3%	27,6%
Alimentarse o hidratarse	42,7%	49,1%	59,1%	50,2%*

Nota: Al 95% nivel de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se denotan con signo \*.

- El seguimiento evidencia una intensificación del cuidado directo. Entre las personas cuidadoras de PMD, todas las actividades básicas muestran incrementos, siendo estadísticamente significativos acostarse y levantarse de la cama (48,7% a 60,3%), vestirse (52,6% a 61,2%) y bañarse o ducharse (59,9% a 67,2%). También aumentan la asistencia en alimentación, incontinencia y uso del baño, aunque sin significancia estadística. Este patrón se alinea con el aumento de la dependencia funcional, la mayor postración y el deterioro cognitivo observado en la población mayor que recibe apoyos y cuidados.
- A diferencia del grupo PMD, en el grupo de personas cuidadoras de una persona con DID, las ABVD presentan una tendencia general a la baja, con disminuciones estadísticamente significativas en acostarse y levantarse de la cama y alimentarse o hidratarse. Ello sugiere mayor autonomía relativa en algunos ámbitos o reorganización de los apoyos en el tiempo.

**Tabla 6**  
**Prevalencia de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, según tipo de actividad.**

Tipo de actividad	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)			
	Persona cuidadora no remunerada de PMD		Persona cuidadora no remunerada de persona con DID	
	Ola 1 (2023)	Ola 3 (2025)	Ola 1 (2023)	Ola 3 (2025)
Salir a la calle	84,1%	83,6%	86,7%	83,1%
Con la gestión de las finanzas, como el pago de las cuentas o la solicitud de beneficios sociales	65,1%	66,8%	67,1%	69,8%
Con la compras de alimentos u otras cosas que necesite	76,3%	84,5%*	83,6%	85,8%
Con las tareas domésticas (como lavar los platos, lavar la ropa, ordenar la casa, cambiar ampollitas, barrer las hojas, sacar la basura, etc.)	75,0%	74,6%	72,4%	75,1%
Con la preparación de las comidas	70,3%	76,3%	84,9%	83,1%
Con el transporte, ya sea llevándole o ayudándole a conseguirlo	81,5%	84,1%	85,8%	82,7%
Con la organización de servicios externos o personal (jardinero, enfermera, servicio doméstico)	52,6%	64,7%*	58,2%	67,1%*
Con hacer o recibir llamadas/utilización de tecnologías como Smartphone, Tablet, entre otros	44,4%	49,1%	59,1%	55,1%
Con facilitar actividades recreativas o de esparcimiento, tales como salir a pasear, juegos, etc.	63,8%	67,2%	81,8%	74,7%*
Con las tareas escolares	No aplica	No aplica	59,1%	64,4%

Nota: Al 95% nivel de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se denotan con signo \*.

- En cuanto a las AIVD, las personas cuidadoras de una PMD experimentan un aumento transversal, destacando incrementos significativos en compras de alimentos u otros bienes (76,3% a 84,5%) y organización de servicios externos o personales (52,6% a 64,7%). También, crecen la preparación de comidas, transporte y facilitación de actividades recreativas, configurando un rol cada vez más integral.
- En el caso de quienes entregan apoyos/cuidados a una persona con DID, predomina una leve tendencia a la baja en la mayoría de las actividades, con diferencias significativas en la organización de servicios y la facilitación de actividades recreativas, lo que podría reflejar cambios en la edad de la persona que recibe apoyos y cuidados o en la red de apoyos disponibles.

■ **Tabla 7**  
**Prevalencia de Actividades Médicas, según tipo de actividad.**

Tipo de actividad	Actividades Médicas del Cuidado			
	Persona cuidadora no remunerada de PMD		Persona cuidadora no remunerada de persona con DID	
	Ola 1 (2023)	Ola 3 (2025)	Ola 1 (2023)	Ola 3 (2025)
Con la ingesta, organización y mantención de medicamentos	59,5%	72,8%*	78,7%	75,6%
Con llevarlo/a a controles médicos o sesiones de rehabilitación (kinesiólogo, terapeuta ocupacional, etc.)	81,0%	85,3%	83,6%	85,8%
Con toma de signos vitales	37,9%	63,4%*	59,1%	64,4%
Con aplicar técnicas de primeros auxilios en caso de requerirlo	37,1%	59,5%*	60,4%	61,3%
Con lubricación de la piel y prevención de escaras	39,7%	50,4%*	70,7%	67,6%
Con la realización de actividad física (según indicación profesional)	50,9%	63,4%*	72,4%	67,1%
Con la realización de actividades de estimulación cognitiva	45,3%	56,5%*	62,2%	57,8%

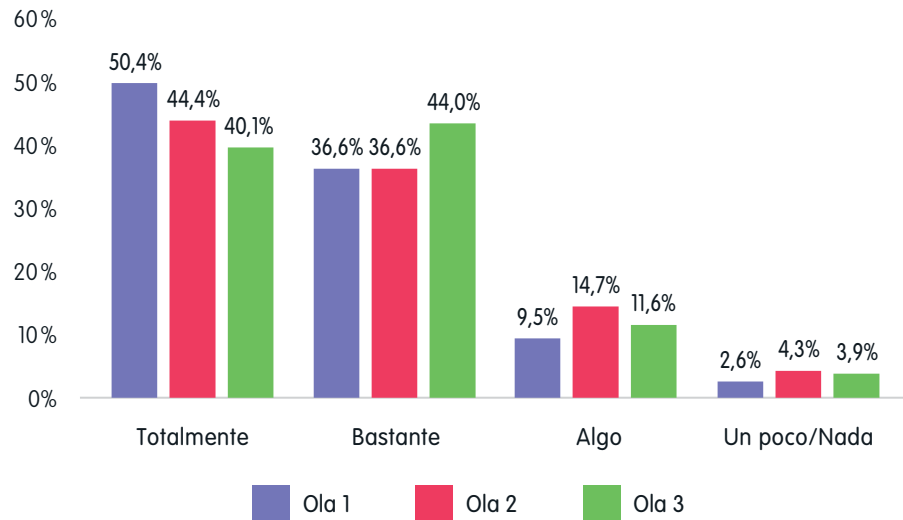
Nota: Al 95% nivel de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se denotan con signo \*.

- En personas cuidadoras de una PMD, el componente sanitario muestra el mayor crecimiento del período. Destacan aumentos significativos en manejo de medicamentos (59,5% a 72,8%), toma de signos vitales (37,9% a 63,4%), primeros auxilios (37,1% a 59,5%), prevención de escaras (39,7% a 50,4%), actividad física indicada (50,9% a 63,4%) y estimulación cognitiva (45,3% a 56,5%). Estos resultados refuerzan la idea de una creciente medicalización del cuidado domiciliario en la vejez dependiente.

- Entre personas cuidadoras de una persona con DID se observan leves descensos transversales, aunque sin significancia estadística. Las tareas médicas siguen siendo frecuentes, pero estables, lo que sugiere trayectorias de cuidado más consolidadas en el tiempo.

■ **Gráfico 17**

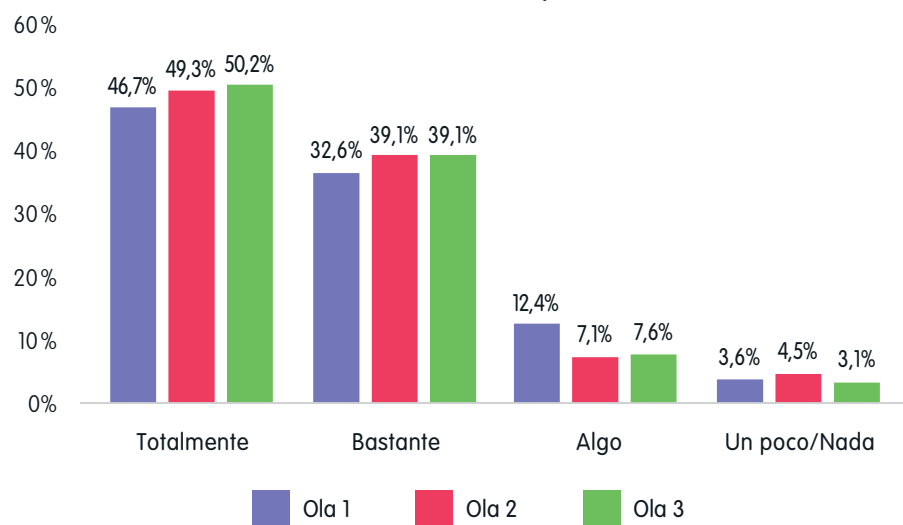
**En su día a día ¿Qué tan capaz se siente para realizar las tareas de cuidado?**  
**Personas cuidadoras de una PMD**



Nota: Al 95% de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se dan entre ola 1 y ola 3 para la categoría "totalmente".

■ **Gráfico 18**

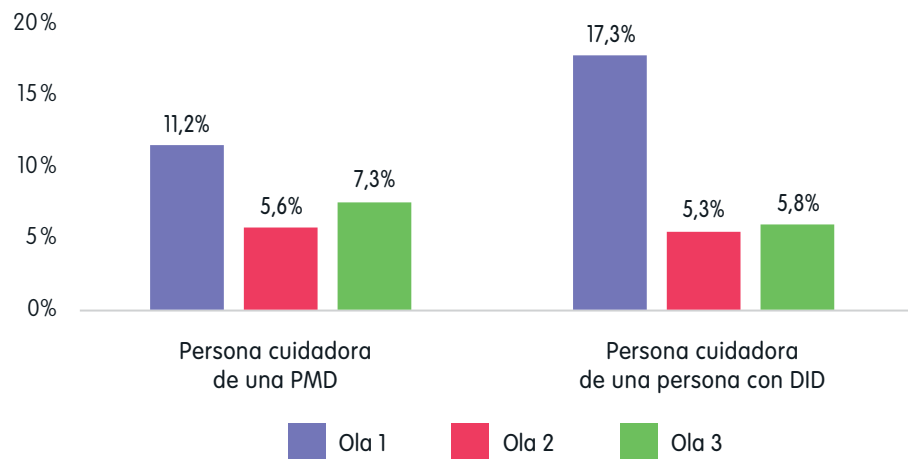
**En su día a día ¿Qué tan capaz se siente para realizar las tareas de cuidado?**  
**Personas cuidadoras de una persona con DID**



Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- Entre personas cuidadoras de PMD se registra una disminución sostenida en la percepción de la capacidad para realizar tareas de cuidado (50,4% a 40,1%), coherente con la creciente complejidad e intensidad de las actividades realizadas. En cuidadores de DID, en cambio, la proporción que se declara totalmente capaz aumenta levemente (46,7% a 50,2%), configurando una tendencia positiva, pero no significativa a nivel estadístico.

**Gráfico 19**  
**Reporte de capacitación reciente**  
*(Porcentaje Sí)*



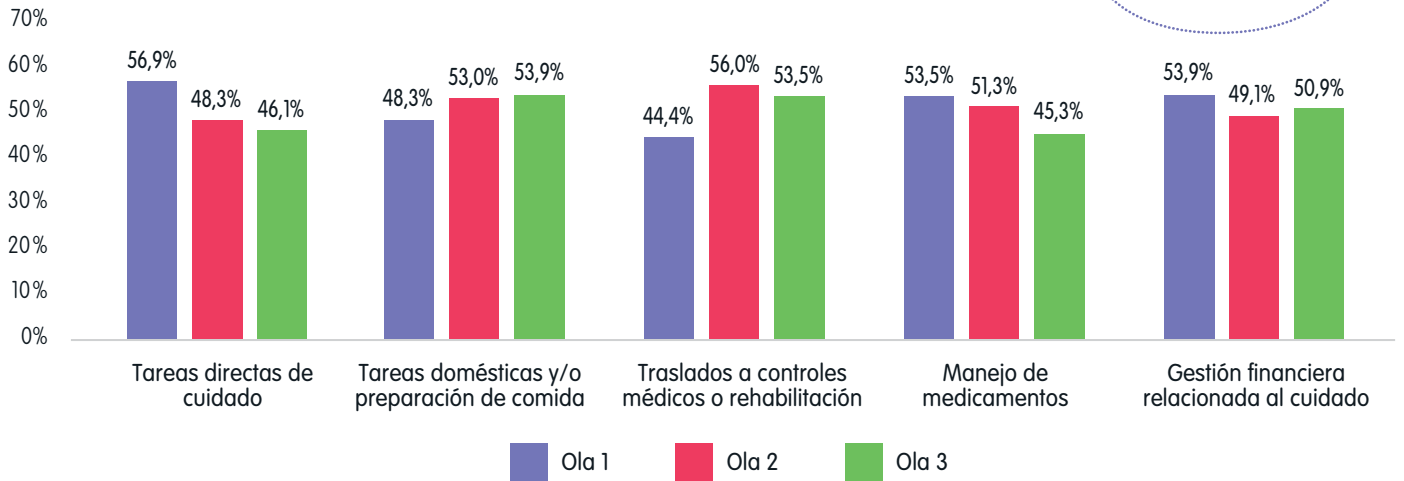
Nota: Al 95% de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se dan entre ola 1 y ola 2 para muestra de personas cuidadoras de PMD. Para la muestra de personas cuidadoras de una persona con DID, las diferencias estadísticamente significativas se dan entre la Ola 1 y las Olas 2 y 3.

- La formación específica en cuidado continúa siendo baja: solo 7,3% de personas cuidadoras no remuneradas de PMD y 5,8% de cuidadores de personas con DID reportan haber recibido capacitación reciente, lo que tensiona la creciente especialización de las tareas descritas, especialmente en el grupo de seguimiento de quienes entregan apoyos y cuidados a PMD con un mayor deterioro funcional.

**Gráfico 20**

**Recibe apoyo en tareas de cuidado/apoyo  
(Porcentaje Sí)  
Persona cuidadora de una PMD**

En 2025 (Ola 3)  
**32,3%** de la muestra  
panel no recibiría  
ningún tipo de apoyo

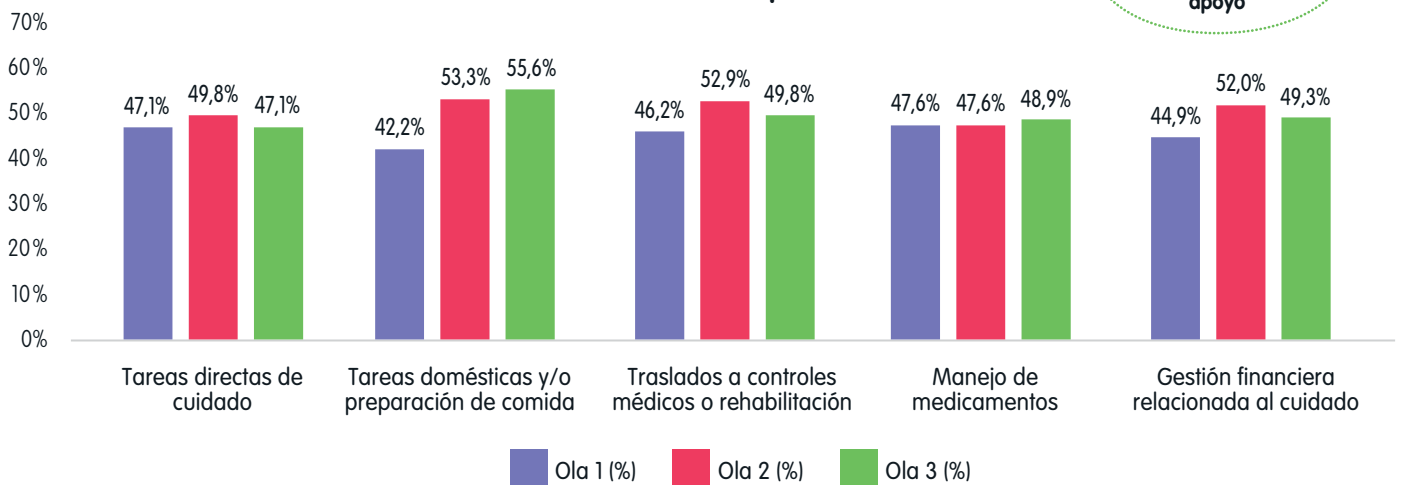


Nota: Al 90% de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se dan entre ola 1 y ola 3 para el ítem 1 "tareas directas del cuidado".

**Gráfico 21**

**Recibe apoyo en tareas de cuidado/apoyo  
(Porcentaje Sí)  
Persona cuidadora de una persona con DID**

En 2025 (Ola 3)  
**35,6%** de la muestra  
panel no recibiría  
ningún tipo de  
apoyo



Nota: Al 95% de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se dan entre ola 1 y ola 3 para el ítem 2 "tareas domésticas y/o preparación de comidas".

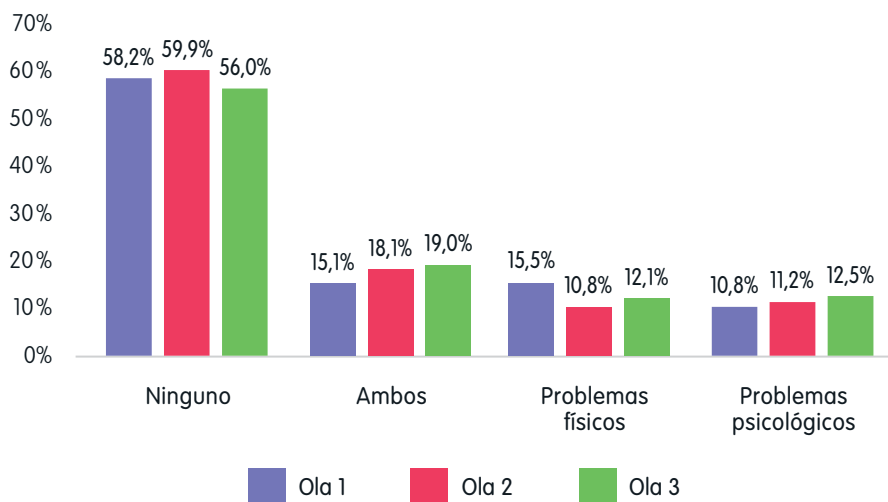
- En cuanto al apoyo en las tareas de cuidado de PMD, se observa una disminución estadísticamente significativa en el apoyo recibido para tareas directas (56,9% a 46,1%). Para 2025, 32,3% de las personas cuidadoras de PMD declara no recibir ningún tipo de apoyo, evidenciando mayor carga individual.

- Para el apoyo en las tareas de cuidado de personas con DID, la recepción de apoyo se mantiene relativamente estable, salvo en tareas domésticas y preparación de comidas, donde se registra un alza significativa (42,4% a 55,6%).

## Las consecuencias del trabajo de cuidados

■ Gráfico 22

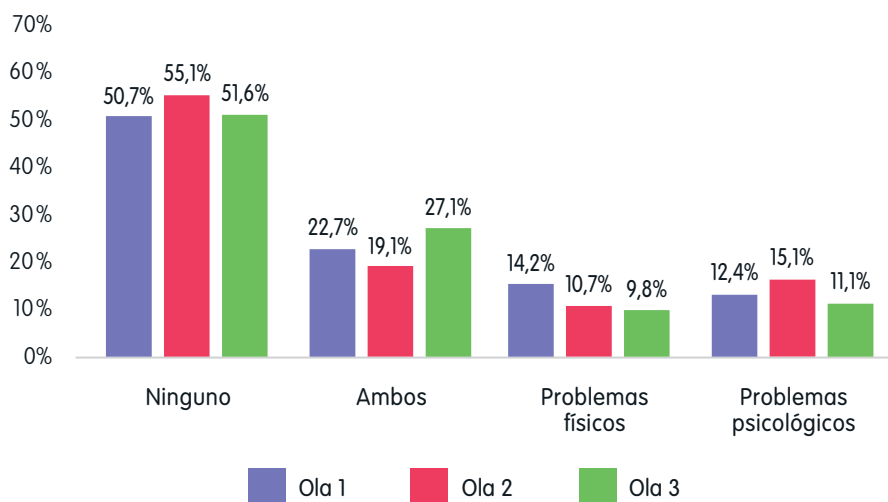
Prevalencia de problemas físicos y/o psicológicos como consecuencia del trabajo de cuidado  
Personas cuidadoras de una PMD



Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

■ Gráfico 23

Prevalencia de problemas físicos y/o psicológicos como consecuencia del trabajo de cuidado  
Personas cuidadoras de una persona con DID

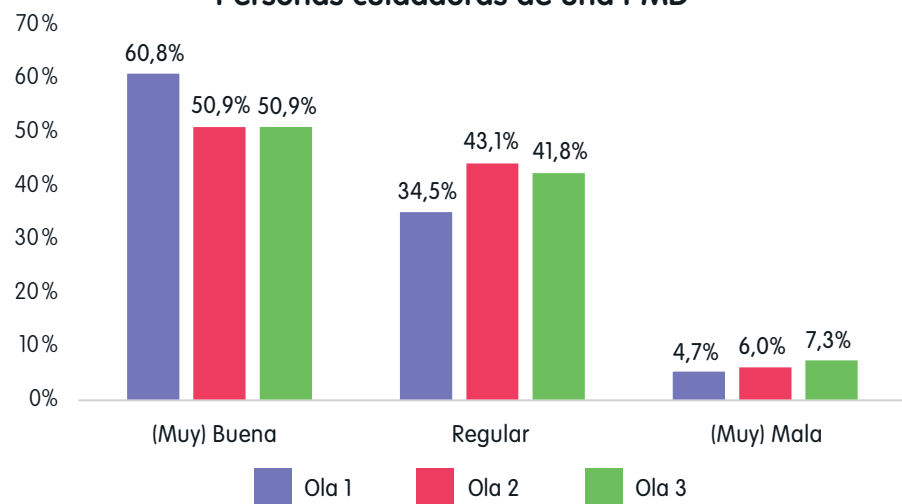


Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- Entre quienes entregan apoyos/cuidados a PMD se observa un aumento en la coexistencia de problemas físicos y psicológicos, pasando de 15,1% en 2023 a 19% en 2025. La tendencia sugiere un desarrollo progresivo del malestar, donde las consecuencias psicológicas —frecuentemente de aparición más tardía— comienzan a acumularse junto a las físicas en trayectorias de cuidado prolongadas.
- En personas cuidadoras de personas con DID también se aprecia un incremento en la presencia simultánea de problemas físicos y psicológicos (22,7% a 27,1% entre olas 1 y 3), aunque sin significancia estadística, apunta a un desgaste acumulativo.

**Gráfico 24**

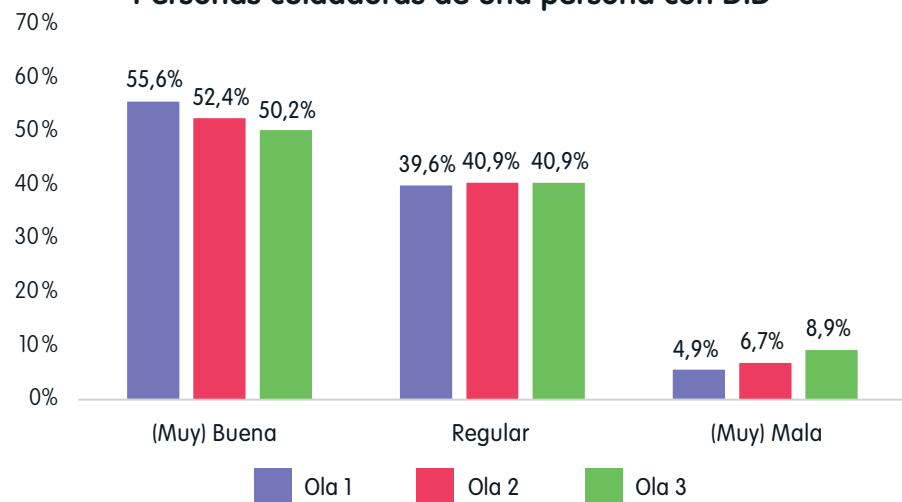
**Autopercepción del estado de salud  
Personas cuidadoras de una PMD**



Nota: Al 95% de confianza, la categoría "(Muy) buena" presenta diferencias estadísticamente significativas entre la ola 1 y las olas 2 y 3. Asimismo, la categoría "regular" muestra diferencias significativas entre la ola 1 y las olas 2 y 3.

**Gráfico 25**

**Autopercepción del estado de salud  
Personas cuidadoras de una persona con DID**

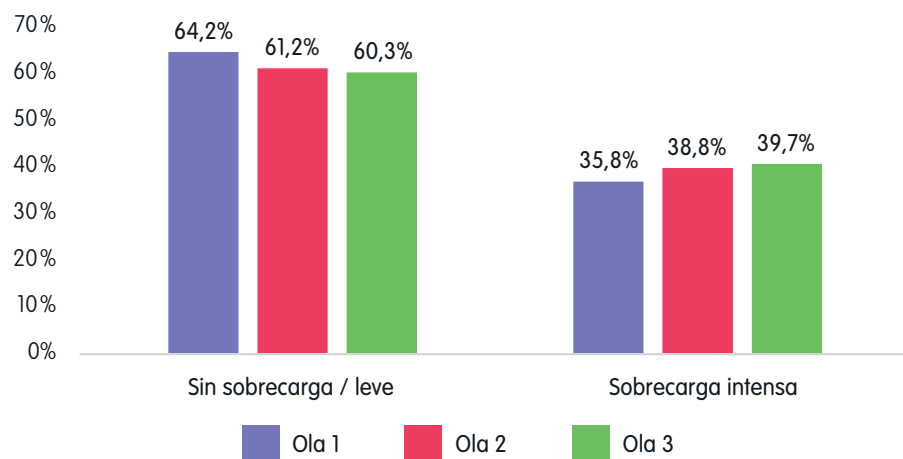


Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- La evaluación subjetiva de salud empeora en el seguimiento longitudinal entre los cuidadores de PMD: disminuyen en casi 10 puntos quienes reportan salud buena o muy buena, mientras aumenta la percepción de salud regular en 7,3 puntos porcentuales y la de salud mala o muy mala (de 4,7% a 7,3%). Esto refleja la creciente carga física y emocional asociada al cuidado intensivo y prolongado en, al menos, tres años de seguimiento.
- En personas cuidadoras de una persona con DID se observa una disminución de la percepción positiva de salud (55,6% a 50,2%) y un aumento de la salud mala o muy mala (4,9% a 8,9%), aunque con variaciones más leves y no significativas, manteniéndose un panorama relativamente estable.

**Gráfico 26**

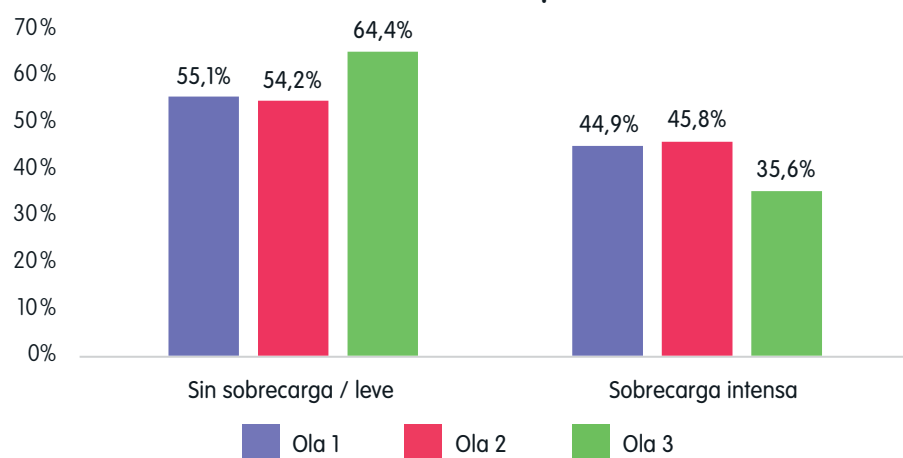
**Presencia de sobrecarga según Escala abreviada Zarit  
Personas cuidadoras de una PMD**



Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

**Gráfico 27**

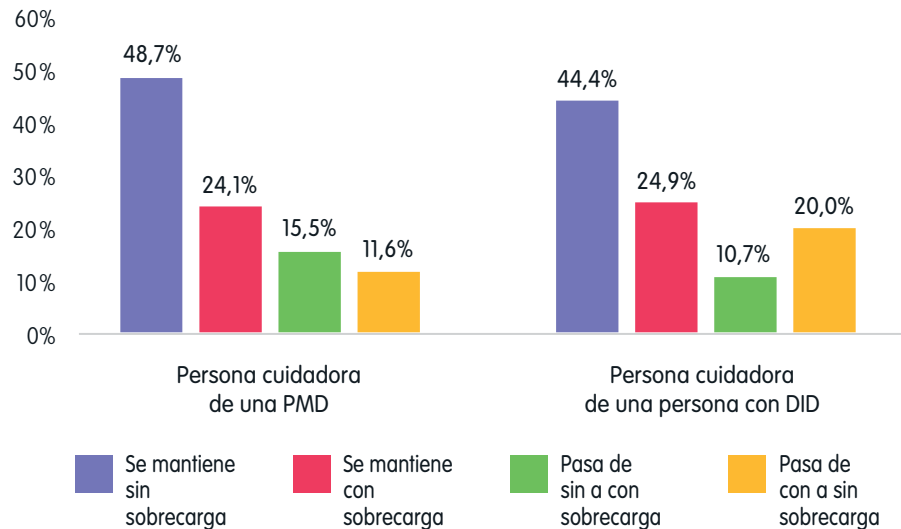
**Presencia de sobrecarga según Escala abreviada Zarit  
Personas cuidadoras de una persona con DID**



Nota: Al 95% de confianza, existen diferencias estadísticamente significativas entre las olas 1 y 2 y la ola 3 en la categoría "sobrecarga intensa".

■ Gráfico 28

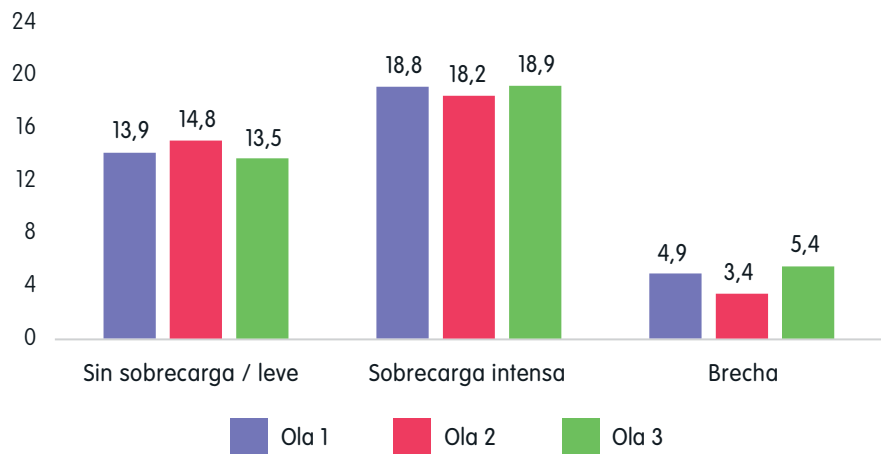
### Tipologías de trayectoria de sobrecarga entre 2023 y 2025 (Olas 1 a 3)



- La escala de Zarit muestra, para el seguimiento de personas cuidadoras de una PMD, una tendencia al alza en la prevalencia de sobrecarga intensa (4,9 puntos porcentuales de diferencia entre olas 1 y 3), sin significancia estadística, pero coherente con la intensificación de tareas y horas de dedicación.
- En contraste, la sobrecarga intensa en personas cuidadoras de personas con DID disminuye (44,9% a 35,6%), lo que sugiere trayectorias de ajuste o estabilización del cuidado a lo largo del tiempo.
- En cuanto a cambios en el seguimiento longitudinal, en ambos grupos predomina la estabilidad sin sobrecarga o leve (48,7% y 44,4%) y la persistencia de sobrecarga intensa (24,1% y 24,9%), para personas cuidadoras de PMD y de persona con DID, respectivamente. No obstante, destaca que 15,5% de personas cuidadoras de PMD transita hacia sobrecarga intensa, mientras 11,6% mejora. En DID, 20% pasa de sobrecarga a no sobrecarga/leve y solo 10,7% desarrolla sobrecarga intensa.

**Gráfico 29**

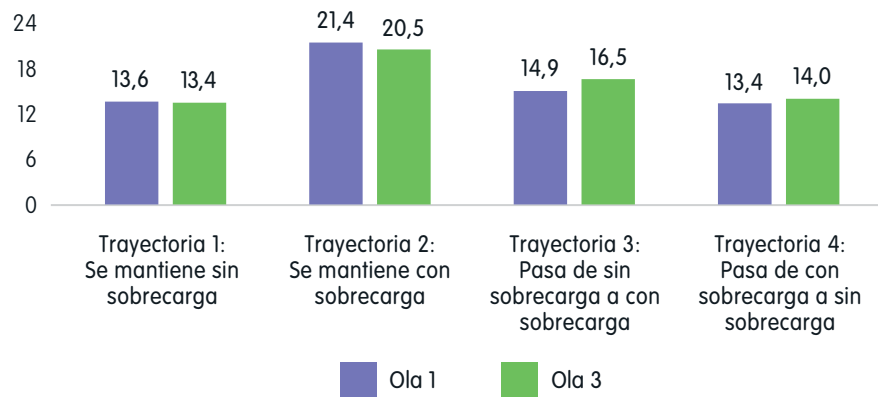
**Promedio de horas diarias dedicadas al cuidado según nivel de sobrecarga Zarit Personas cuidadoras de una PMD**



Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

**Gráfico 30**

**Promedio de horas diarias dedicadas al cuidado según trayectoria de sobrecarga Personas cuidadoras de una PMD**

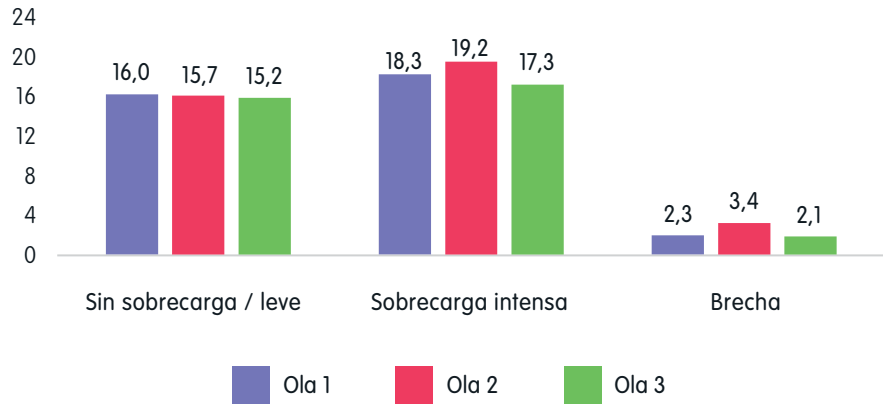


Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- En general, y a lo largo del seguimiento panel, la sobrecarga intensa en personas cuidadoras de una PMD se asocia a dedicaciones que superan las 18 horas diarias, con brechas de más de 3 horas respecto de quienes presentan baja o nula sobrecarga percibida.
- Quienes mantuvieron sobrecarga intensa, de acuerdo con Escala Zarit, alcanzan promedios cercanos a 20 horas, mientras que quienes permanecen sin sobrecarga o leve se sitúan entre 13 y 14 horas de dedicación diaria en tareas de cuidado.

**Gráfico 31**

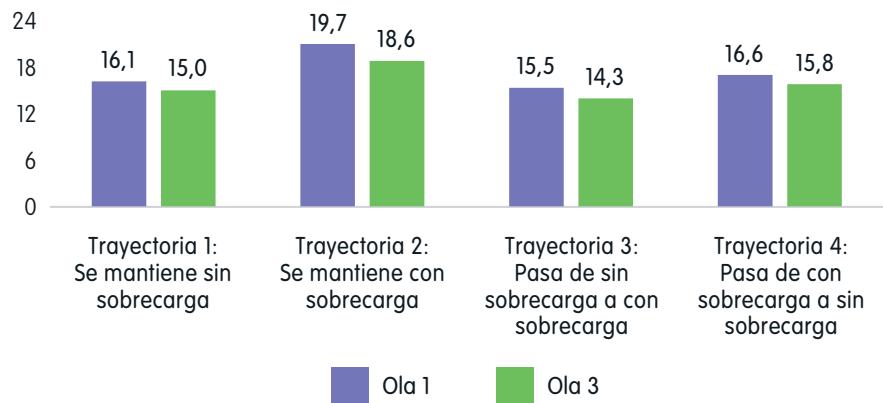
**Promedio de horas diarias dedicadas al cuidado según nivel de sobrecarga Zarit  
Personas cuidadoras de una persona con DID**



Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

**Gráfico 32**

**Promedio de horas diarias dedicadas al cuidado según trayectoria de sobrecarga  
Personas cuidadoras de una persona con DID**



Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- También se observan brechas horarias en el grupo de personas cuidadoras de persona con DID, aunque menores.
- La dedicación promedio es mayor entre quienes mantienen sobrecarga intensa, mientras el resto de las trayectorias muestra valores similares, sugiriendo que la complejidad del cuidado —más que el tiempo— podría explicar diferencias en la carga percibida.

**Tabla 8**  
**Aspectos Positivos del Cuidado (Escala PAC)**

Persona cuidadora no remunerada de una PMD						
Ola	N	Promedio	Mediana	Mín	Máx	Desv. Est.
Ola 1	232	37,63	39	9	45	7,87
Ola 2	232	37,03	38	9	45	7,26
Ola 3	232	36,82	37	9	45	6,99
Persona cuidadora no remunerada de una persona con DID						
Ola	N	Promedio	Mediana	Mín	Máx	Desv. Est.
Ola 1	225	37,32	38	8	45	7,6
Ola 2	225	36,27	38	9	45	7,8
Ola 3	225	39,03	41	11	45	6,57

Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- La escala de Aspectos Positivos del Cuidado (PAC, por sus siglas en inglés) muestra una leve tendencia a la baja en promedio y mediana entre 2023 y 2025 en el grupo de personas cuidadoras de una PMD, reflejando una posible erosión del sentido positivo del cuidado en contextos de mayor dependencia funcional y mayor complejidad del cuidado.
- En el grupo de personas cuidadoras de una persona con DID se observa una tendencia al alza, con mayor promedio, mediana y menor dispersión en 2025, lo que sugiere procesos de resignificación del cuidado a lo largo del tiempo.

**Tabla 9**  
**Ítems escala PAC Personas cuidadoras de una PMD**

Ítem escala PAC	Ola 1 (%)	Ola 3 (%)	Brecha porcentual entre Olas 1 y 3
Hace que se sienta fuerte y con confianza	79,7%	80,2%	+0,4
Le ha permitido valorar más la vida	86,6%	85,8%	-0,9
Le ha permitido desarrollar una actitud más positiva hacia la vida	83,6%	82,8%	-0,9
Hace que se sienta más útil	79,3%	78,0%	-1,3
Hace que se sienta importante	69,0%	67,2%	-1,7
Hace que se sienta necesitado/a	74,1%	72,0%	-2,2
Hace que se sienta bien consigo mismo/a	85,8%	82,3%	-3,5
Hace que se sienta valorado/a	74,6%	71,1%	-3,5
Ha fortalecido su relación con otras personas	78,9%	72,8%	-6,1

Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas. Los ítems se presentan ordenados según la magnitud del cambio observado entre olas (en puntos porcentuales), desde el mayor aumento hasta la mayor disminución.

■ **Tabla 10****Ítems escala PAC Personas cuidadoras de una persona con DID**

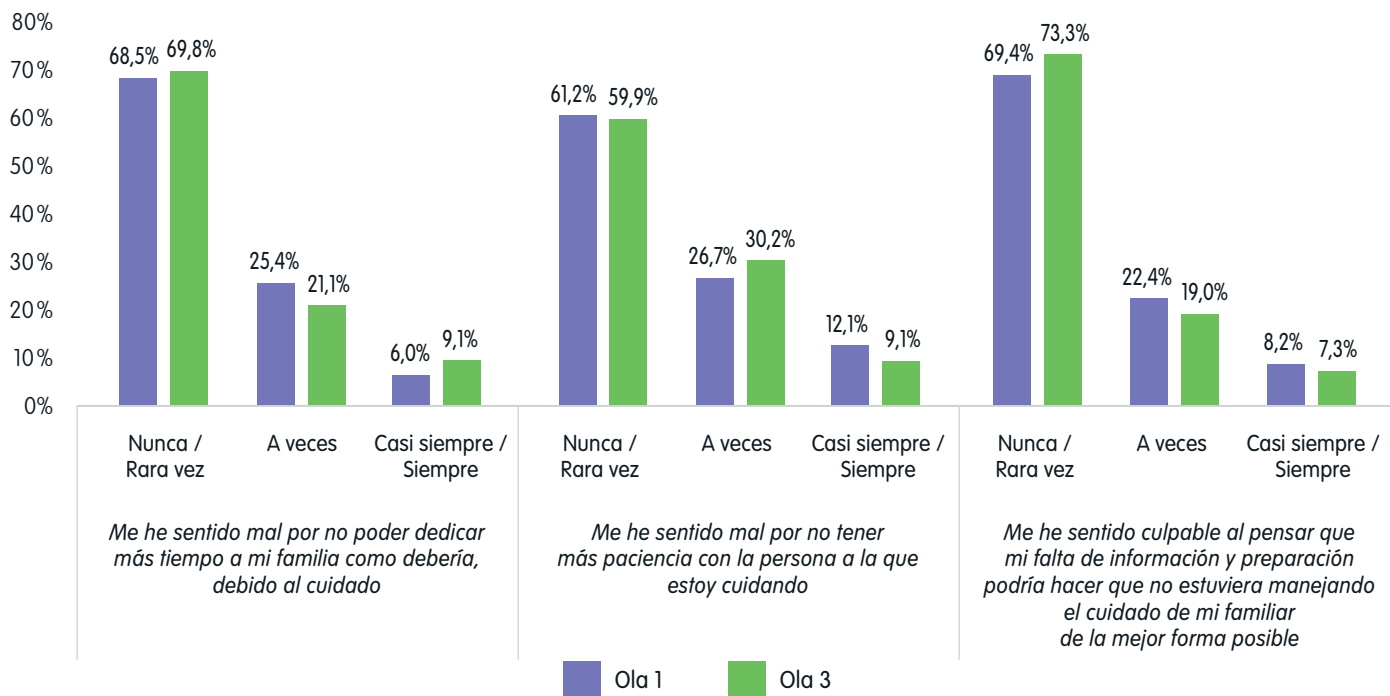
Ítem escala PAC	Ola 1 (%)	Ola 3 (%)	Brecha porcentual entre Olas 1 y 3
Hace que se sienta valorado/a	66,7%	81,3%	+14,6*
Hace que se sienta bien consigo mismo/a	79,1%	88,4%	+9,3*
Le ha permitido valorar más la vida	82,7%	92,0%	+9,3*
Hace que se sienta fuerte y con confianza	78,2%	85,8%	+7,6*
Hace que se sienta más útil	79,1%	84,4%	+5,3
Hace que se sienta importante	71,6%	76,9%	+5,3
Le ha permitido desarrollar una actitud más positiva hacia la vida	83,1%	86,2%	+3,1
Hace que se sienta necesitado/a	73,3%	76,0%	+2,7
Ha fortalecido su relación con otras personas	82,2%	81,8%	-0,4

NOTA: Al 95% de nivel de confianza, las diferencias estadísticamente significativas se indican con un asterisco (\*). Los ítems se presentan ordenados según la magnitud del cambio observado entre olas (en puntos porcentuales), desde el mayor aumento hasta la mayor disminución.

- En personas cuidadoras de PMD, la mayoría de los ítems que componen la escala PAC disminuyen, especialmente, aquellos vinculados a sentirse valorado/a, bien consigo mismo/a y fortalecimiento de relaciones. La única excepción es el ítem asociado a "sentirse fuerte y con confianza", que se mantiene estable. En conjunto, esto sugiere un desgaste progresivo en la dimensión relacional del cuidado.
- Entre quienes entregan apoyos/cuidados a una persona con DID predomina el aumento en los ítems, destacando sentirse valorado/a, bien consigo mismo/a y valorar más la vida. En contraste, solo se registra una leve disminución en el ítem relativo al fortalecimiento de las relaciones con otras personas, mientras que el resto de las dimensiones muestra incrementos moderados, lo que sugiere una tendencia al fortalecimiento de las experiencias positivas asociadas al rol de cuidado a lo largo del tiempo.

**Gráfico 33**

**Frecuencia de sentimientos asociados a culpa producto de ejercer trabajo de cuidado. Selección de ítems con mayor variación entre 2023 y 2025. Personas cuidadoras de una PMD**

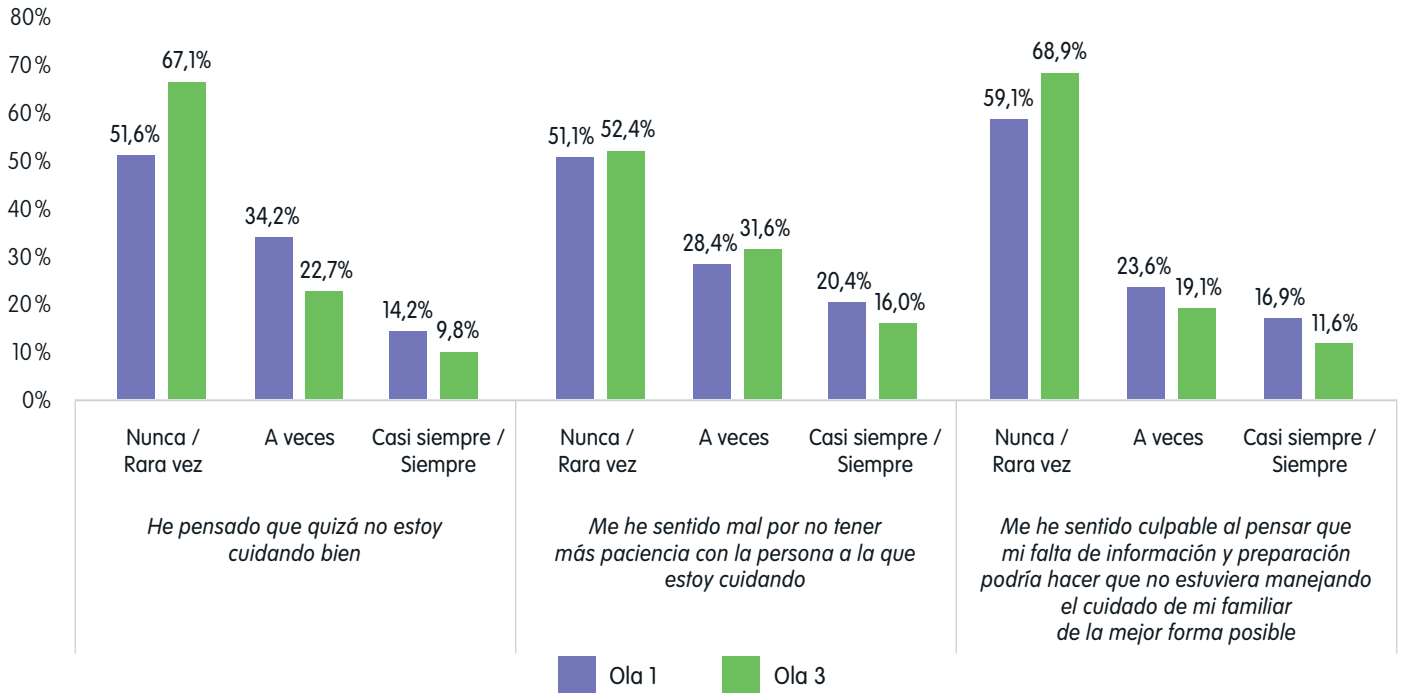


Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- En cuanto a sentimientos de culpa asociados al cuidado de una PMD, las mayores variaciones se observan en la percepción de dedicar poco tiempo a la familia, la falta de paciencia con la persona mayor y la sensación de no estar preparado/a para cuidar, evidenciando tensiones emocionales asociadas a la carga prolongada.

**Gráfico 34**

**Frecuencia de sentimientos asociados a culpa producto de ejercer trabajo de cuidado. Selección de ítems con mayor variación entre 2023 y 2025. Personas cuidadoras de una persona con DID**

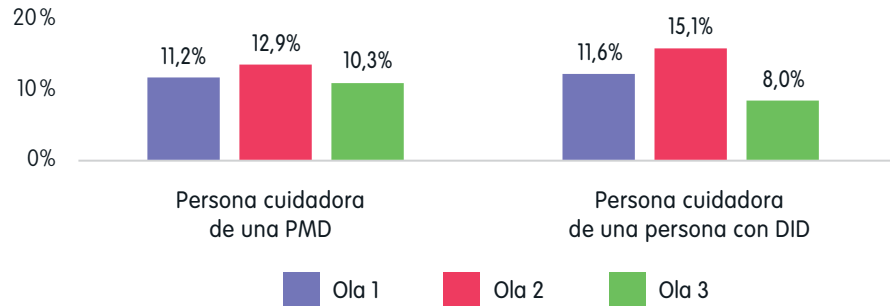


Nota: Al 95% de confianza, las diferencias estadísticamente significativas entre las olas 1 y 3 se observan para la categoría “nunca/ rara vez” y “a veces” en “He pensado que quizás no estoy cuidando bien” y en la categoría “nunca/rara vez” para “Me he sentido culpable al pensar que mi falta de ...”

- Para el caso de cuidadores de personas con DID, se observa una disminución en la frecuencia de estos sentimientos de culpa entre 2023 y 2025. En particular, aumenta la proporción de quienes declaran “nunca o rara vez” experimentar estas situaciones y disminuyen las respuestas “a veces” o “casi siempre/siempre”.

**Gráfico 35**

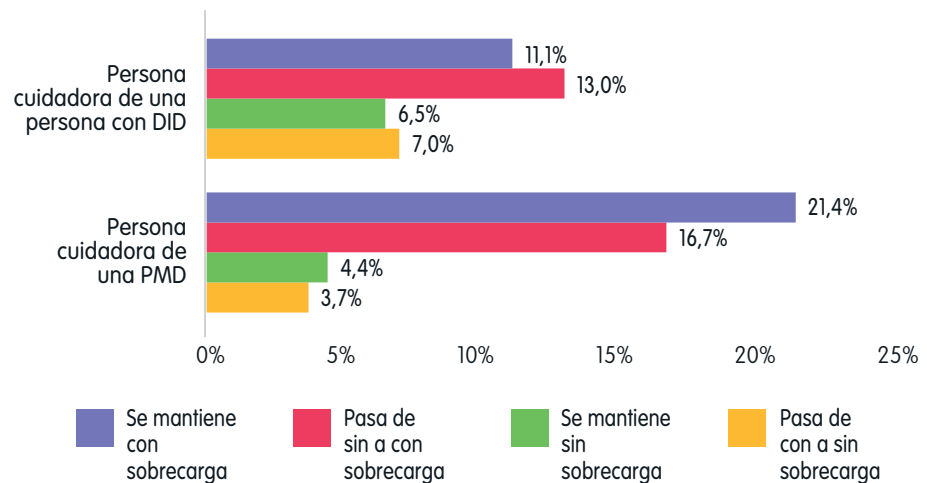
**Si tuviera la posibilidad de que la persona a la que cuida/apoya recibiera cuidado/apoyo permanente de alguien más, o de una institución, ¿dejaría de cuidarle de manera permanente?**  
*Porcentaje: "Sí, dejaría de cuidar"*



Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

**Gráfico 36**

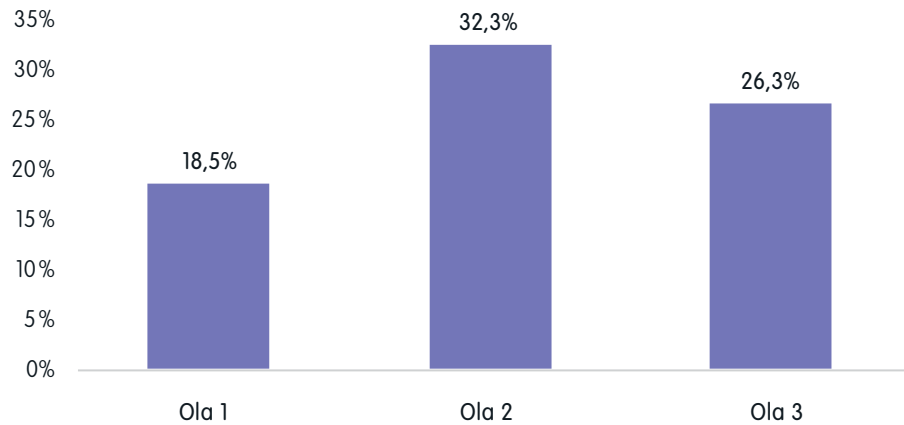
**Disposición a delegar el cuidado según trayectoria de sobrecarga entre 2023 y 2025 (Olas 1 y 3)**



- Pese a cambios en sobrecarga y relación de cuidado, la disposición a delegar permanentemente el cuidado se mantiene baja (menos de 15% en ambos grupos y aún menor en 2025), confirmando la centralidad del cuidado familiar.
- En personas cuidadoras de una PMD, la mayor propensión a delegar se concentra en quienes mantuvieron o desarrollaron sobrecarga intensa (21,4%), mientras que entre quienes no presentan sobrecarga o mejoran su situación la disposición a delegar no supera el 4,4%.
- En el grupo que entrega apoyos/cuidados a persona con DID, la disposición a delegar no supera el 13% y se concentra en trayectorias de tránsito hacia sobrecarga intensa entre las ola 1 y 3, reforzando la asociación entre desgaste y apertura a alternativas de cuidado.

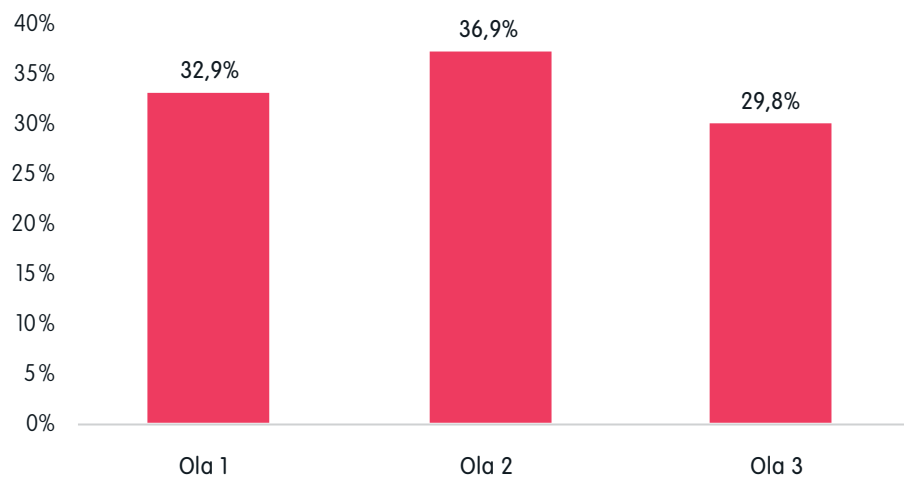
## La salud física y mental de las personas cuidadoras no remuneradas

**Gráfico 37**  
Prevalencia de soledad (Escala UCLA-3)  
Personas cuidadoras de una PMD



Nota: Al 95% de confianza, existen diferencias estadísticamente significativas entre las olas 1 y 2, y entre las olas 1 y 3.

**Gráfico 38**  
Prevalencia de soledad (Escala UCLA-3)  
Personas cuidadoras de una persona con DID

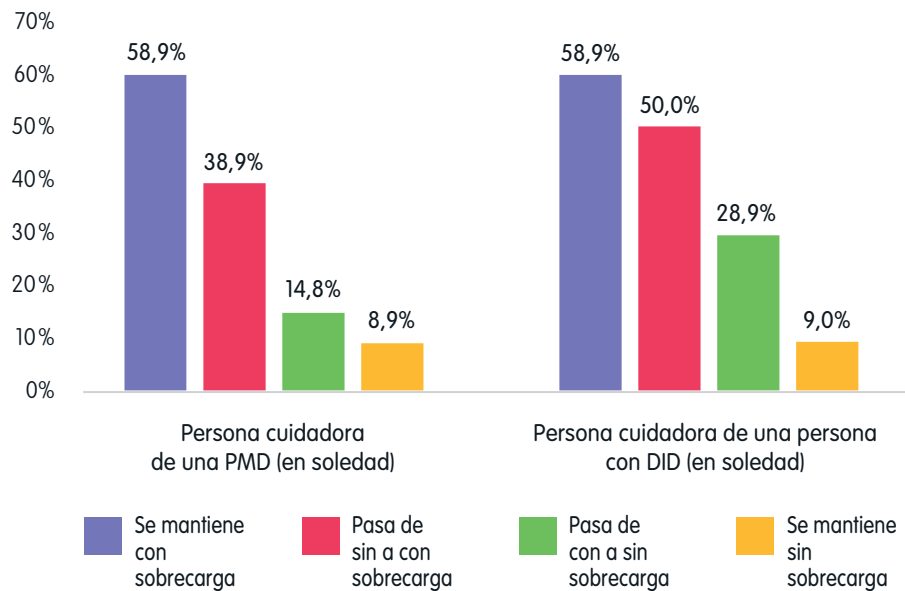


Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- La relación entre la persona cuidadora y quien recibe apoyos o cuidados incide de manera directa en el bienestar de quien cuida. En el caso de las personas cuidadoras de una PMD, se observa un aumento estadísticamente significativo en la prevalencia de sentimientos de soledad entre la ola 1 y la ola 3, con una variación de 7,8 puntos porcentuales.

- Por su parte, entre las personas cuidadoras de una persona con DID, el incremento registrado en la ola 2 (4 puntos porcentuales) y la variación observada en la ola 3 no alcanzan significación estadística. No obstante, los datos sugieren una leve tendencia a la disminución de la soledad en la última medición.

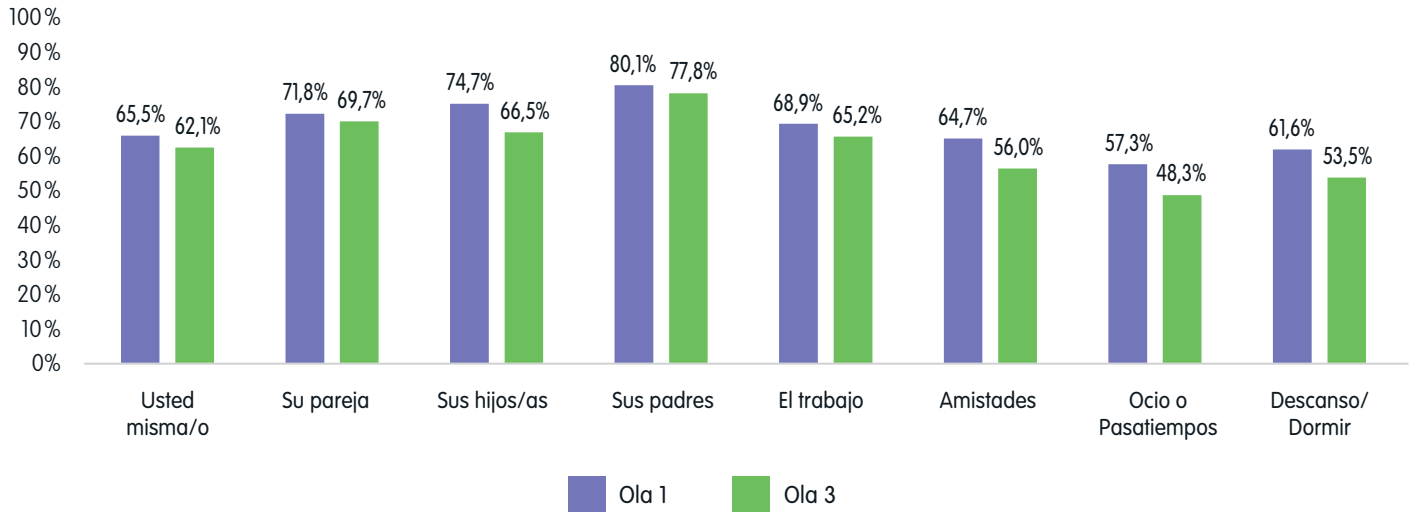
**Gráfico 39**  
**Presencia de soledad según trayectoria de sobrecarga**  
*(Olas 1 y 3)*



- Al analizar la evolución de la sobrecarga de cuidado, se constata que la prevalencia de soledad es especialmente elevada entre quienes se mantuvieron en niveles de sobrecarga intensa entre las olas 1 y 3 —según la Escala de Zarit—, superando el 58% en ambos grupos. A esto se suman las personas que transitan hacia una sobrecarga intensa en la ola 3, donde la soledad alcanza más del 38% en cuidadoras de PMD y el 50% en cuidadoras de personas con DID.
- En contraste, los menores niveles de soledad se observan entre quienes logran salir de la sobrecarga intensa y entre aquellas personas que se mantienen sin sobrecarga o leve a lo largo del seguimiento, lo que refuerza la estrecha relación entre carga de cuidado y bienestar emocional.

**Gráfico 40**

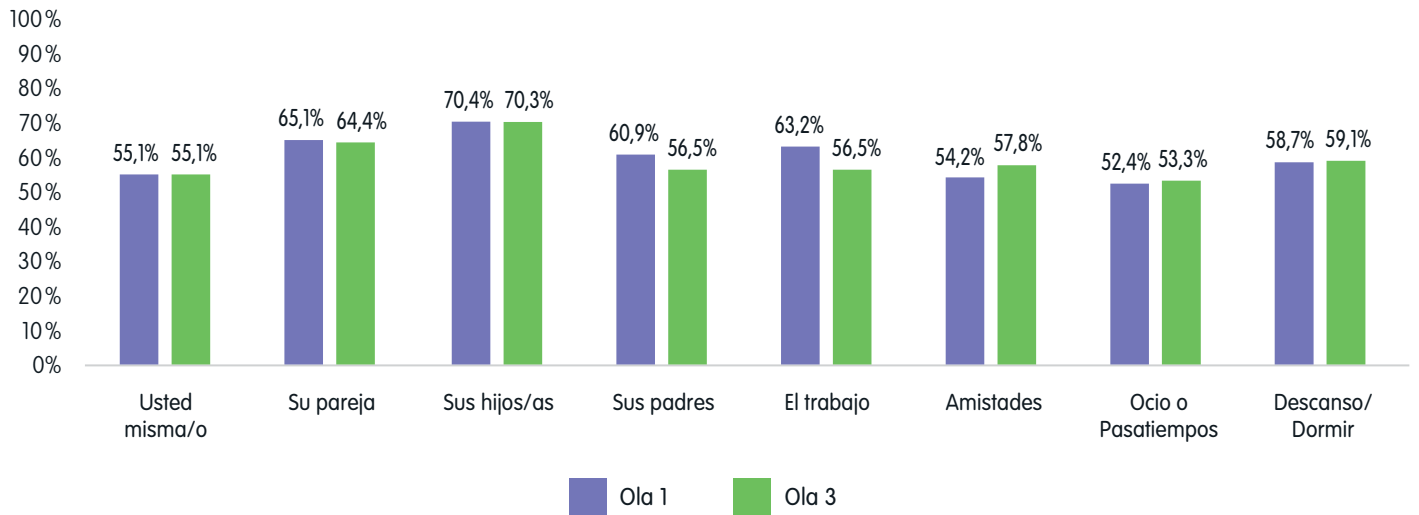
**Satisfacción con el tiempo dedicado a...  
Personas cuidadoras de una PMD**



Nota: Al 95% de confianza, existen diferencias estadísticamente significativas entre las olas 1 y 3 para los ítems "Sus hijos/as", "Amistades", "Ocio y pasatiempos" y "descanso".

**Gráfico 41**

**Satisfacción con el tiempo dedicado a...  
Personas cuidadoras de una persona con DID**

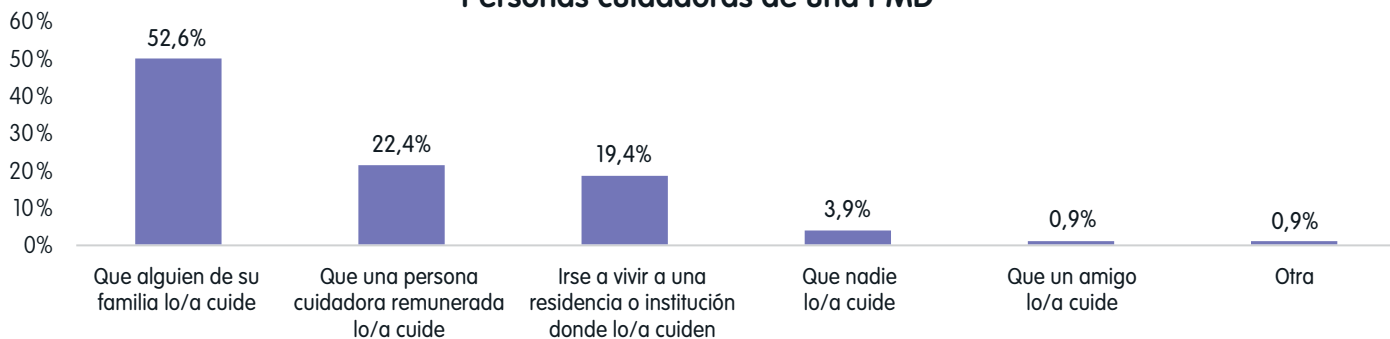


Nota: Al 95% de confianza, no existen diferencias estadísticamente significativas entre olas.

- En relación con la satisfacción con el tiempo dedicado a distintas esferas de la vida, entre las personas cuidadoras de PMD se aprecia una tendencia general a la baja en todos los ámbitos evaluados, particularmente en el tiempo destinado a amistades, ocio y pasatiempos, y descanso. Esta evolución podría vincularse con el aumento de la carga de cuidado asociado a mayores niveles de dependencia funcional o a la progresión de la condición de la persona mayor.
- En el caso de las personas cuidadoras de una persona con DID, se observa una mayor estabilidad longitudinal. Aun así, los datos sugieren una leve mejora en la satisfacción con el tiempo dedicado a amistades, ocio y descanso, junto con una disminución en la satisfacción respecto al tiempo destinado al trabajo, lo que podría reflejar ajustes en la organización cotidiana del cuidado.

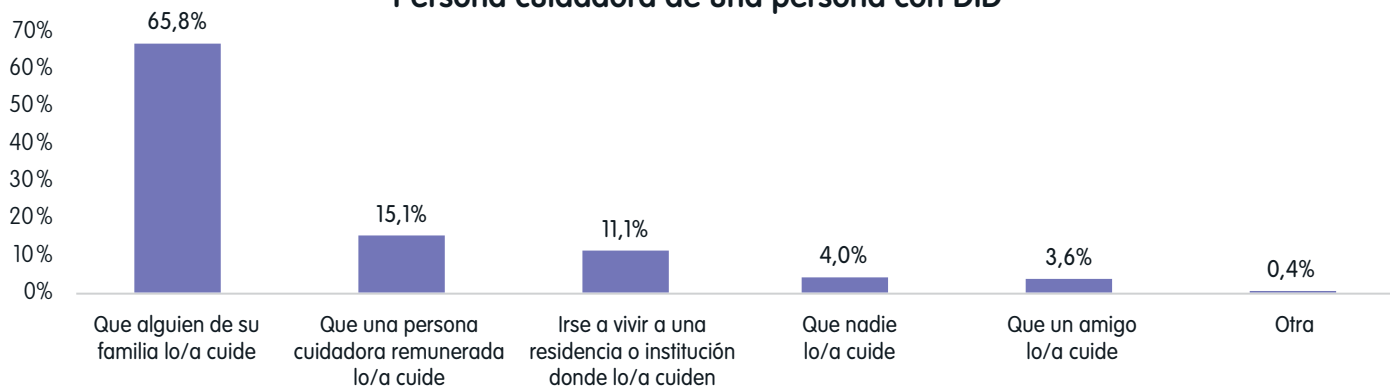
■ **Gráfico 42**

**Preferencias del cuidado 2025**  
**Si en el futuro Ud. tuviera un problema grave de salud y requiriera del cuidado de otros, ¿qué preferiría?**  
**Personas cuidadoras de una PMD**



■ **Gráfico 43**

**Preferencias del cuidado 2025**  
**Si en el futuro Ud. tuviera un problema grave de salud y requiriera del cuidado de otros, ¿qué preferiría?**  
**Persona cuidadora de una persona con DID**



- Finalmente, al explorar las preferencias de cuidado ante un eventual problema grave de salud, la familia emerge como la principal opción en ambos grupos. Entre las personas cuidadoras de PMD, más del 50% declara preferir ser cuidada por un familiar, seguido de un cuidador remunerado (22,4%) y la institucionalización (19,4%).
- Entre las personas cuidadoras de una persona con DID, esta preferencia familiar es aún más marcada y supera el 65% de la muestra de seguimiento, mientras que el 15,1% optaría por un cuidador remunerado y el 11,1% por el ingreso a una institución de cuidados.



## Descripción de conceptos e indicadores

### **Persona cuidadora no remunerada**

Es una persona de 18 años y más, chilenas o extranjeras, que desarrollan labores de cuidado o acompañamiento en el entorno del hogar sin recibir ingresos por este trabajo, para personas de 60 años y más en situación de dependencia y para personas desde 0 años y más con discapacidad intelectual y del desarrollo. Se incluyen familiares directos, amigos/as o vecinos/as.

### **Persona mayor en situación de dependencia**

Son aquellas personas de 60 años y más que, por motivos de salud, en interacción con otros factores del contexto ambiental, presentan una limitación para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, necesitando ayuda de terceras personas para su realización.

### **Personas en situación de discapacidad**

Son aquellas personas que, con relación a sus 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.

### **Personas en situación de discapacidad intelectual y del desarrollo**

Son aquellas personas que, debido a condiciones que afectan su funcionamiento intelectual y sus conductas adaptativas antes de los 22 años, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad. Entre las condiciones asociadas están los síndromes de Down, X Frágil, Williams, Prader Willy entre otras condiciones de origen genético, así como discapacidad intelectual de etiología desconocida, junto con otras condiciones del neurodesarrollo, tales como el autismo, trastorno de déficit atencional e hiperactividad, etc.

## Indicadores

### Dependencia Funcional

Se utiliza la operacionalización desarrollada en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) desde 2015. Se considera dependiente a quienes: **a)** declaran tener dificultades extremas o que presentan imposibilidad para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD), o **b)** que reciben ayuda con alta frecuencia (muchas veces o siempre para la realización de la actividad) o que presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales.

Para la graduación de la dependencia se considera:

#### Dependencia leve:

**a)** Incapacidad para efectuar 1 AIVD, o **b)** Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse), o **c)** Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD.D.

#### Dependencia moderada:

**a)** Incapacidad para bañarse (ABVD), o **b)** Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 o más ABVD, o **c)** Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 3 o más AIVD, o **d)** Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD

#### Dependencia severa:

**a)** Incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse), o **b)** Incapacidad para efectuar 2 AIVD.

### Escala de Soledad UCLA

La soledad es el sentimiento subjetivo de estar solo/a. Se mide utilizando la Escala de Soledad UCLA abreviada de tres ítems (Hughes et. al., 2004). Las personas encuestadas respondieron, en una escala de 3 puntos (1= "Casi nunca", 2= "A veces" y 3="A menudo"), qué tan frecuente se sentían aislados/as de los demás, excluidos/as o dejados/as de lado o faltos de compañía. El puntaje obtenido en cada pregunta se suma, con puntajes más altos indicativos de mayor soledad. Para su categorización, esta variable se dicotomizó utilizando un punto de corte de  $\geq 6$  definido en Shiovitz-Ezra y Ayalon (2012) y Steptoe et al. (2013).

## Escala de satisfacción con la Relación de Burns (*Burns Relationship Satisfaction Scale*)

La escala de Satisfacción con la Relación de Burns (*Burns Relationship Satisfaction Scale*) de 7 ítems permite medir la satisfacción en distintas dimensiones de la relación entre la persona cuidada y quién cuida, caracterizando el grado de satisfacción en comunicación, resolución de conflictos, grado de afectividad y cercanía, satisfacción con los roles, por mencionar algunas (Burns, 1993). Los respondientes indican, mediante una escala Likert de acuerdo de 6 puntos cuál es su grado de acuerdo con distintas aseveraciones. La puntuación de cada ítem se suma, con un rango total entre 0 y 42 puntos, a mayor puntaje, mayor satisfacción con la relación. No existe puntaje de corte para esta escala.

## Escala sobrecarga del cuidador de Zarit

La escala del cuidador de Zarit abreviada es ampliamente utilizada para medir el fenómeno de la sobrecarga en diversas dimensiones del cuidado. Consta de 7 ítems evaluados en una escala de frecuencia de 5 puntos (1= "Nunca", 2= "Rara vez", 3= "Algunas veces", 4= "Bastantes veces", 5= "Casi siempre"). Los puntajes de cada ítem se suman, con un total de 7 a 35 puntos. El puntaje de corte utilizado es de  $\geq 17$  puntos para clasificar a la persona cuidadora "con sobrecarga intensa", para puntajes menores al punto de corte, se clasifica como "sin sobrecarga o sobrecarga ligera" (Breinbauer et al., 2009).

## Escala de Aspectos Positivos del Cuidado

La escala PAC (*Positive Aspects of Caregiving*) de 9 ítems permite aproximarse al nivel de satisfacción en el contexto de la relación de cuidado/acompañamiento, las recompensas por el hecho de cuidar/apoyo o eventos diarios que evocan sentimientos positivos (Tarlow et al., 2004). Se responde en una escala de frecuencia de 5 puntos (1= "Nunca" a 5= "Siempre"). La puntuación de cada ítem se sumó, para dar un total de 9 a 45 puntos, con mayores puntajes indicativos de mejor percepción positiva con la experiencia del cuidado. No existe puntaje de corte (Hayas et al., 2014).

## Cuestionario de Culpa del Cuidador

El cuestionario de Culpa en el Cuidado de 22 ítems permite evaluar la presencia y frecuencia de sentimientos de culpa experimentados por la persona cuidadora, ya sea en relación a la persona a la que cuida/acompaña, como del contexto familiar. Para el presente estudio se extrajeron 7 ítems relacionados sentimientos de culpa por tiempo dedicado a la familia, autoeficacia y preparación para el cuidado y reacciones emocionales hacia la persona a la que se cuida (CGQ; Losada et al., 2010). Estos ítems se responden en una escala de frecuencia de 5 puntos (1= "Nunca" a 5 "Siempre o casi siempre"). Se presentan los resultados mediante las frecuencias de los principales sentimientos de culpa.



## Referencias

- Breinbauer K, Hayo, Vásquez V, Hugo, Mayanz S, Sebastián, Guerra, Claudia, & Millán K, Teresa. (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.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>
- Burns, David D. (1993). *Ten Days to Self-Esteem*. New York, NY: HarperCollins.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on aging*, 26(6), 655–672.  
<https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Las Hayas, C., López de Arroyabe, E., & Calvete, E. (2014). Positive aspects of caregiving in Spanish caregivers of individuals with acquired brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 59(2), 193-202. doi:10.1037/a0035622
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., & Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 650-660.
- Ministerio de Desarrollo Social (2017). Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN. Manual del investigador 2017.
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2012). Use of Direct Versus Indirect Approaches to Measure Loneliness in Later Life. *Research on Aging*, 34(5), 572-591.  
<https://doi.org/10.1177/0164027511423258>
- Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801.
- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive Aspects of Caregiving: Contributions of the REACH Project to the Development of New Measures for Alzheimer's Caregiving. *Research on Aging*, 26(4), 429-453.  
<https://doi.org/10.1177/0164027504264493>



**ESTUDIO MICARE 2023-2025**  
**Personas cuidadoras  
no remuneradas:  
seguimiento longitudinal  
del cuidado en Chile**

Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado





**ESTUDIO MICARE 2023-2025**

**Personas cuidadoras  
no remuneradas:  
seguimiento longitudinal  
del cuidado en Chile**

Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado

