

INFORME DE RESULTADOS: EVALUACIÓN DE EXPERIENCIA E IMPACTO

Programa "Cuidando Juntos" – AIEP

Preparado para: Dirección Nacional de Vinculación
con el Medio AIEP

Enero 2026



METRIKA
LAB
ESTUDIOS SOCIALES
& DE MERCADO

TABLA DE CONTENIDO

A.	ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	2
B.	DESARROLLO METODOLÓGICO: FICHA TÉCNICA	2
C.	INTRODUCCIÓN GENERAL:.....	3
D.	MODULO A: PERFIL DEL CUIDADOR/A	3
E.	MÓDULO B: PERFIL DE LAS PERSONAS CUIDADAS (≥60 AÑOS)	15
F.	MÓDULO D: CARGA EMOCIONAL Y BIENESTAR DEL/LA CUIDADOR/A	47
G.	MÓDULO E: REDES DE APOYO (CUIDANDO JUNTOS / AIEP)	58
H.	MÓDULO F: SATISFACCIÓN Y RECOMENDACIÓN DEL PROGRAMA (CUIDANDO JUNTOS).....	66
I.	MÓDULO G: IMPACTO / APLICACIÓN DEL PROGRAMA EN LA VIDA DIARIA	72

A. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El programa "Cuidando Juntos" representa una iniciativa clave de AIEP para fortalecer las competencias de cuidadores informales en Chile. Para dar continuidad a este esfuerzo y asegurar la calidad de la formación, AIEP encargó a MetrikaLab un estudio independiente que permitiera evaluar la experiencia de los egresados, caracterizar su realidad actual y medir el impacto percibido de la capacitación en su vida diaria.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la experiencia integral de los cuidadores participantes del programa, con énfasis en dos dimensiones centrales: la caracterización de su situación actual de cuidado y la medición del impacto que la capacitación ha tenido en su rol, bienestar y competencias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el perfil sociodemográfico de los cuidadores y de las personas dependientes a su cargo.
- Indagar en las condiciones de base, incluyendo la carga operativa, tiempos de dedicación y redes de apoyo disponibles.
- Medir el nivel de bienestar y sobrecarga percibida (burnout) asociada a la labor de cuidado.
- Evaluar la satisfacción con el programa (contenidos, docentes, plataforma) y el nivel de recomendación (NPS).
- Determinar el impacto práctico del curso en la autoeficacia, manejo de crisis y calidad de vida del cuidador.

B. DESARROLLO METODOLÓGICO: FICHA TÉCNICA

Para cumplir con los objetivos trazados, se implementó una metodología cuantitativa rigurosa, bajo el siguiente esquema de trabajo colaborativo:

- **Diseño del Instrumento:** El cuestionario fue diseñado metodológicamente por el equipo de **MetrikaLab**, siendo posteriormente revisado y validado en conjunto con la contraparte técnica de AIEP.
- **Programación y Campo:** La programación del cuestionario en plataforma digital (CAWI) y el envío de las invitaciones a la base de inscritos fue gestionado directamente por el **equipo de AIEP** (Comunicaciones y Estudios), asegurando la protección de datos y el contacto institucional.
- **Levantamiento de Datos:** El trabajo de campo se llevó a cabo en **enero de 2026**.
- **Universo y Muestra:** El estudio se enfocó en egresados y participantes del programa. Se logró una muestra final válida de:
 - **n = 254 Cuidadores** (Respondentes).
 - **n = 354 Personas Cuidadas** (Registro detallado por paciente).

- **Procesamiento:** La depuración, validación, construcción de índices y análisis estadístico fueron realizados íntegramente por **MetrikaLab**.

C. INTRODUCCIÓN GENERAL:

Este informe presenta los resultados de la encuesta aplicada a participantes del programa “Cuidando Juntos” (AIEP), con el propósito de comprender quiénes son sus usuarios/as, en qué contexto realizan el cuidado y cómo evalúan la experiencia formativa en términos de satisfacción, recomendación e impacto percibido. La unidad principal de análisis es el/la cuidador/a (base válida del estudio: n = 254) y, cuando corresponde, se incorpora información de la persona cuidada mediante el registro por “loops” (base: n = 354 personas cuidadas, todas mayores de 60 años).

El análisis se estructura en módulos que, de manera integrada, abordan: (i) el perfil sociodemográfico y condiciones de participación en el programa; (ii) el perfil de las personas cuidadas y su nivel de dependencia; (iii) la organización del cuidado y la carga operativa; (iv) la carga emocional y el bienestar del/la cuidador/a; (v) la presencia y suficiencia de redes de apoyo; y finalmente, (vi) la evaluación del programa (difusión, satisfacción, barreras, prioridades de mejora), junto con la estimación del impacto/aplicación del programa en dimensiones concretas del rol de cuidado.

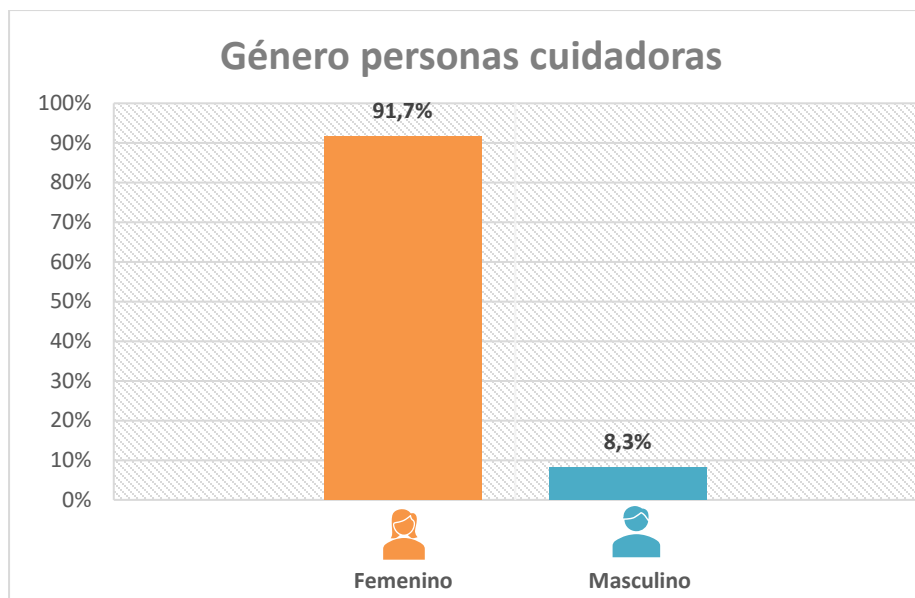
Metodológicamente, el informe combina descriptivos (distribuciones, promedios) con la construcción de índices (p. ej., carga operativa, carga emocional, satisfacción e impacto) bajo reglas explícitas de validez por completitud de ítems. Para contrastar diferencias y asociaciones se aplican pruebas acordes a la naturaleza ordinal de las escalas (p. ej., Kruskal–Wallis y Spearman) y, cuando corresponde, se incorpora un modelo multivariado para estimar el peso relativo de la satisfacción y del contexto del cuidado sobre el impacto percibido del programa. El objetivo final es aportar evidencia directa para fortalecer el diseño y la pertinencia del programa en función de la experiencia real de sus cuidadores/as

D. MODULO A: PERFIL DEL CUIDADOR/A

A.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

GÉNERO:

variable	Categoría	Género	%
Género	Mujer	232	91,7
Género	Hombre	21	8,3

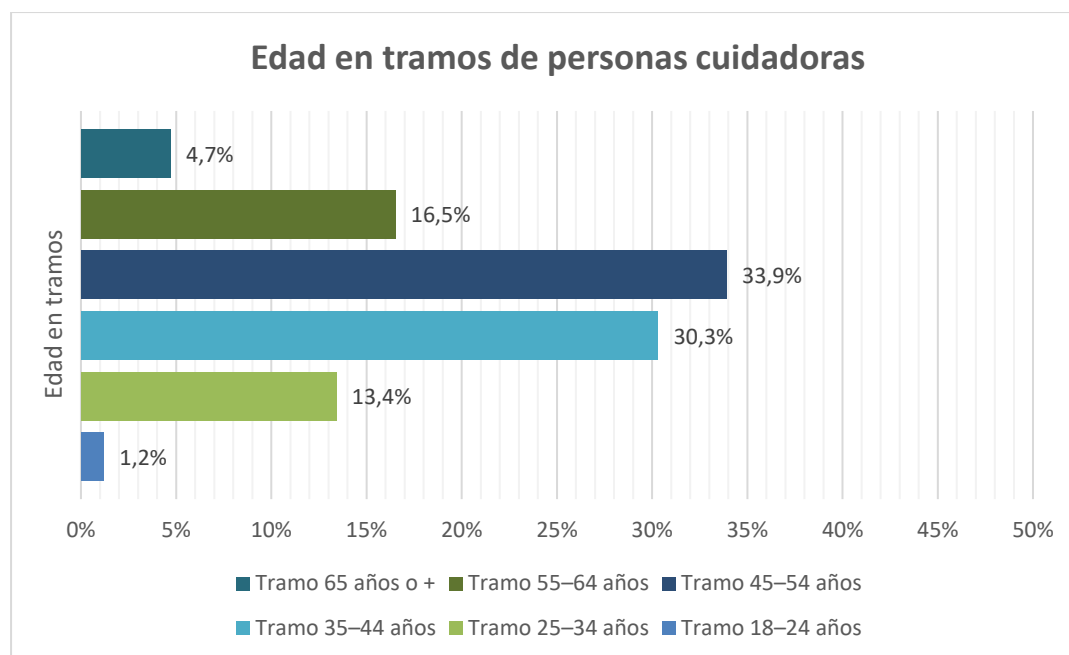


A partir de la encuesta aplicada a participantes del programa Cuidando Juntos, se observa un claro predominio del género femenino en la muestra: 91,7% mujeres, lo que equivale a que, 9 de cada 10 participantes son mujeres. En contraste, el género masculino representa 8,3% de la población. En síntesis, se aprecia distribución por género marcadamente asimétrica, con una categoría mayoritaria (mujer) que concentra la casi totalidad de los registros.

EDAD:

variable	n_validos	media	sd	Mediana
F0.1 Edad (años)	254	46,2	10,1	46

Variable	Tramo	N	%
Edad en Tramos	Tramo 18–24 años	3	1,2%
	Tramo 25–34 años	34	13,4%
	Tramo 35–44 años	77	30,3%
	Tramo 45–54 años	86	33,9%
	Tramo 55–64 años	42	16,5%
	Tramo 65 años o +	12	4,7%



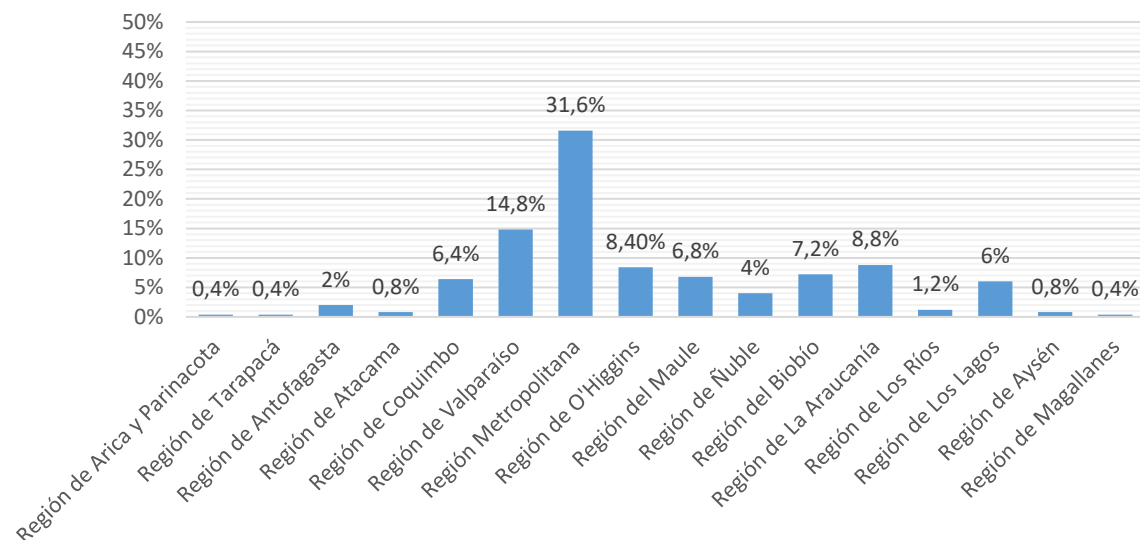
Respecto de la edad de los/as cuidadores/as, el promedio alcanza **46,2 años**, con una mediana 46 años, lo que sitúa a las/os cuidadoras/es que son parte del programa en torno a edades de adultez media.

Al observar la distribución por tramos, el grupo con mayor presencia es 45-54 años, que concentra 33,9% de los casos, seguido por el tramo 35-44 años con 30,3%. En proporciones menores aparecen las/os cuidadoras/es de 55-64 años (18,5%) y de 25-34 años (11,8%) mientras que el tramo 65 años o más representa 5,5%.

TERRITORIO:

variable	Categoría	n	%
Región	Región de Arica y Parinacota	1	0,4%
Región	Región de Tarapacá	1	0,4%
Región	Región de Antofagasta	5	2%
Región	Región de Atacama	2	0,8%
Región	Región de Coquimbo	16	6,4%
Región	Región de Valparaíso	37	14,8%
Región	Región Metropolitana	79	31,6%
Región	Región de O'Higgins	21	8,40%
Región	Región del Maule	17	6,8%
Región	Región de Ñuble	10	4%
Región	Región del Biobío	18	7,2%
Región	Región de La Araucanía	22	8,8%
Región	Región de Los Ríos	3	1,2%
Región	Región de Los Lagos	15	6%
Región	Región de Aysén	2	0,8%
Región	Región de Magallanes	1	0,4%

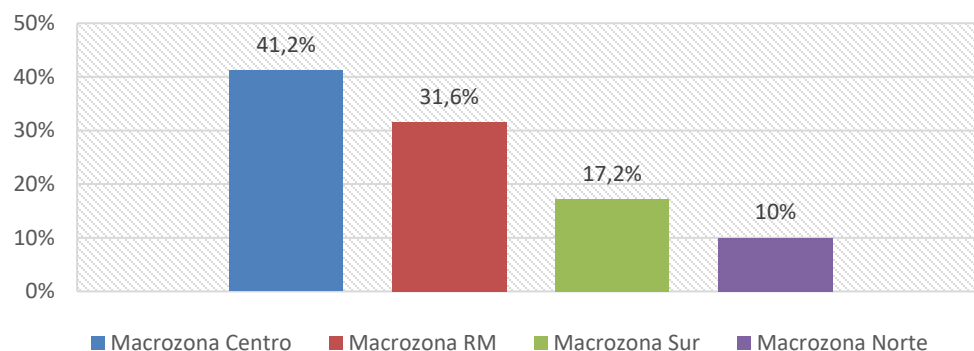
Distribución de personas cuidadoras por región



En la distribución por región, la participación se concentra en la Región Metropolitana, que reúne 31,6% de la población. En segundo orden aparecen Valparaíso con 14,0% y Biobío con 12,4%, seguidas por Maule con 10,4%. Mientras que, respecto a las otras regiones, presentan menores proporciones de participación.

variable	categoría	N	pct
Macrozona	Centro	103	41,2%
Macrozona	RM	79	31,6%
Macrozona	Sur	43	17,2%
Macrozona	Norte	25	10%

Ubicación por macrozona de personas cuidadoras



Por otro lado, al agrupar el territorio por macrozona, se observa que la mayor proporción de participantes se ubica en la macrozona Centro, con 41,2% (Región de Valparaíso, O'Higgins, Maule, Ñuble y del Biobío). Le sigue la macrozona RM con 31,6%, y luego Sur con 23,2% (Región de La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes). En contraste, la macrozona Norte concentra una proporción menor de 4,0% (Región de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama y Coquimbo).

A.2 SITUACIÓN EDUCACIONAL, LABORAL, INGRESOS Y GSE

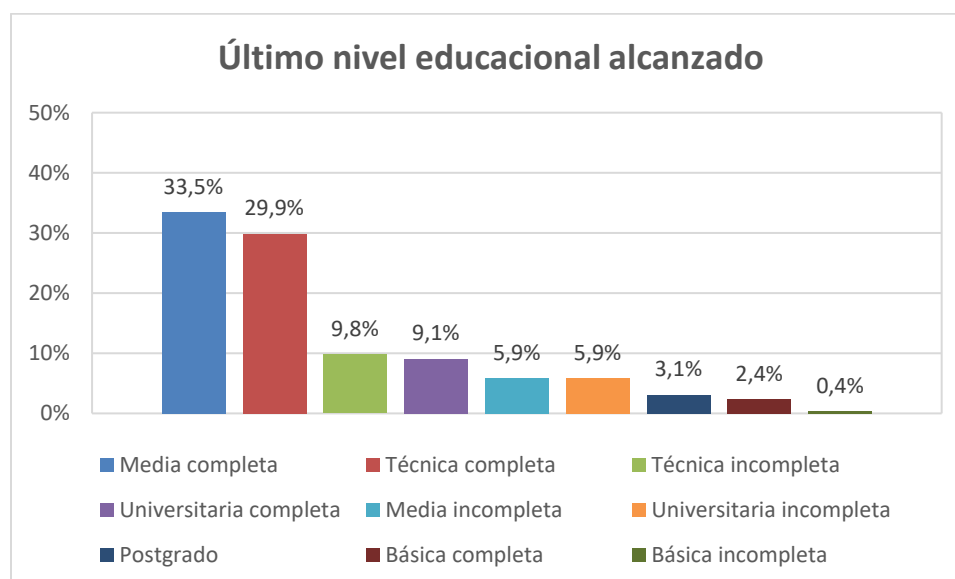
NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO (P1.2)

Pregunta P1.2: Nivel educacional alcanzado (respuesta única)

Unidad de análisis: Cuidador/a

Base válida: n = 254

Variable	categoría	n	pct
P1.2 Nivel educacional	Media completa	85	33,5%
P1.2 Nivel educacional	Técnica completa	76	29,9%
P1.2 Nivel educacional	Técnica incompleta	25	9,8%
P1.2 Nivel educacional	Universitaria completa	23	9,1%
P1.2 Nivel educacional	Media incompleta	15	5,9%
P1.2 Nivel educacional	Universitaria incompleta	15	5,9%
P1.2 Nivel educacional	Postgrado	8	3,1%
P1.2 Nivel educacional	Básica completa	6	2,4%
P1.2 Nivel educacional	Básica incompleta	1	0,4%



Se evidencia un **predominio de educación media y técnico-profesional**, donde la distribución se concentra en dos categorías principales: Media completa (33,5%) y Técnica completa (29,9%). En conjunto,

estas dos categorías representan 63,4% del total, lo que sugiere un perfil educativo mayoritariamente asociado a trayectorias de formación media y técnica, más que universitaria.

Mientras que, si agrupamos niveles post-secundarios (técnica completa/incompleta + universitaria completa/incompleta + postgrado), el total alcanza 57,8% (39,7% técnica + 15,0% universitaria + 3,1% postgrado). Esto es relevante porque indica que más de la mitad de la muestra tiene algún grado de formación posterior a la educación media, lo que puede influir en la capacidad de navegación de contenidos formativos, especialmente en modalidad online y así como también en expectativas sobre estructura, materiales y profundidad del programa

Por otro lado, se presenta un segmento no menor de trayectorias educativas interrumpidas, en que las categorías incompletas post-secundarias (técnica incompleta 9,8% + universitaria incompleta 5,9%) suman 15,7%. Cabe preguntarse si dicha interrupción puede estar vinculada a tensiones estructurales entre responsabilidades de cuidado y continuidad educativa/laboral.

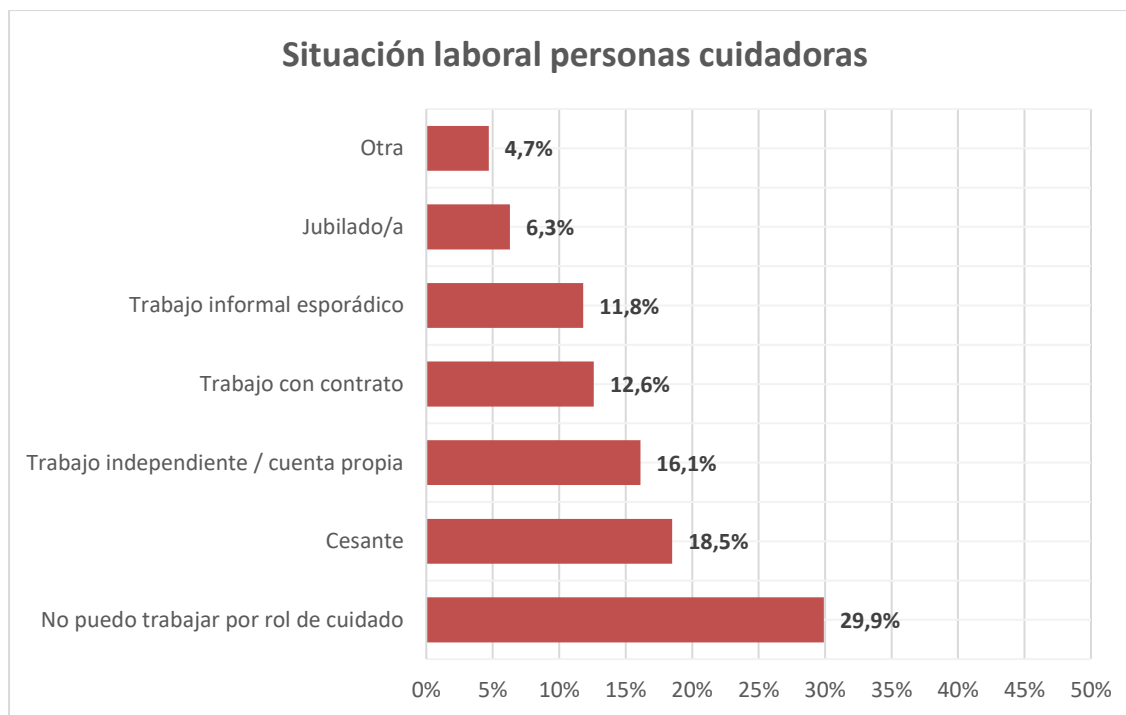
Por último, los niveles de básica completa/incompleta suman 2,8% (n=7). Aunque es un porcentaje bajo, este segmento puede requerir un enfoque distinto en términos de accesibilidad de lenguaje, ritmo del estudio, soporte para trámites/uso de plataformas y formatos más acompañados.

SITUACIÓN LABORAL (P1.4):

UNIDAD DE ANÁLISIS: CUIDADOR/A

- (1) Trabajo con contrato
- (2) Trabajo independiente/por cuenta propia
- (3) Trabajo informal esporádico
- (4) Cesante
- (5) No puedo trabajar debido a mi rol de cuidador/a

Variable	categoría	n	pct	denominador
Situación laboral	No puedo trabajar por rol de cuidador	76	29,9%	254
Situación laboral	Cesante	47	18,5%	254
Situación laboral	Trabajo independiente / cuenta propia	41	16,1%	254
Situación laboral	Trabajo con contrato	32	12,6%	254
Situación laboral	Trabajo informal esporádico	30	11,8%	254
Situación laboral	Jubilado/a	16	6,3%	254
Situación laboral	Otra	12	4,7%	254



A partir de la encuesta aplicada a participantes del programa Cuidando Juntos, la situación laboral de los/as cuidadores/as muestra una distribución donde la categoría con mayor presencia es “No puedo trabajar por rol de cuidado”, que alcanza 29,9%. En segundo lugar, aparece “Cesante” con 18,5%. Mientras que, en proporciones menores se registran “Trabajo independiente / cuenta propia” con 16,1%, “Trabajo con contrato” con 12,6% y “Trabajo informal esporádico” con 11,8%. Finalmente, “Jubilado/a” representa 6,3% y la categoría “Otra” equivale a 4,7%.

El **cuidado aparece como barrera directa de participación laboral**, siendo la categoría más frecuente “No puedo trabajar por rol de cuidado” (29,9%). Este dato es estructuralmente relevante: sugiere que una fracción importante de cuidadores/as queda fuera del mercado laboral no por preferencia, sino por una restricción funcional asociada al rol de cuidado (tiempo, imprevisibilidad, dependencia de la persona cuidada, falta de reemplazo/relevo).

Por otro lado, si sumamos “No puedo trabajar debido a mi rol de cuidador/a (5)” y “cesante” hay un núcleo grande fuera del empleo, considerando que el 29,9% que declara no poder trabajar, un 18,5% está cesante. Juntas, estas categorías suman 48,4%: casi 1 de cada 2 cuidadores/as se encuentra fuera del empleo (por restricción del cuidado o desempleo).

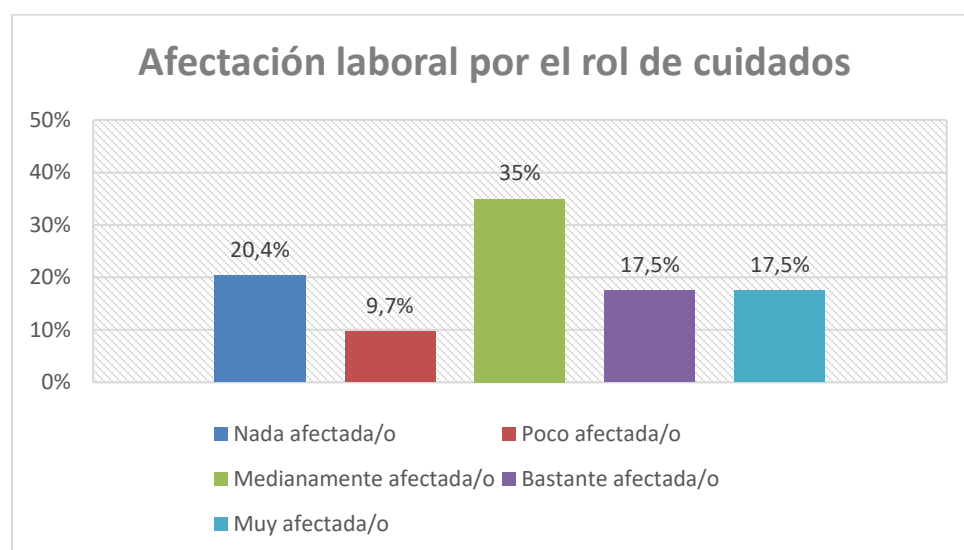
Mientras que, entre quienes sí trabajan, la categoría más frecuente es independiente/cuenta propia (16,1%), seguida por trabajo con contrato (12,6%) e informal esporádico (11,8%), lo que podría dar señales de que el cuidado tiende a empujar hacia formas laborales más flexibles, pero potencialmente más precarias (cuenta propia e informalidad) por necesidad de compatibilizar horarios, urgencias y tareas.

AFECTACIÓN LABORAL POR ROL DE CUIDADO (P1.4A)

UNIDAD DE ANÁLISIS: CUIDADOR/A (submuestra de personas ocupadas)

Base válida P1.4A: n = 103

Variable	Categoría	n	Pct
P1.4A Afectación laboral por rol de cuidado (1-5)	Nada afectada/o	21	20,4%
P1.4A Afectación laboral por rol de cuidado (1-5)	Poco afectada/o	10	9,7%
P1.4A Afectación laboral por rol de cuidado (1-5)	Medianamente afectada/o	36	35%
P1.4A Afectación laboral por rol de cuidado (1-5)	Bastante afectada/o	18	17,5%
P1.4A Afectación laboral por rol de cuidado (1-5)	Muy afectada/o	18	17,5%



Se identifican tres grupos claros:

1. Baja afectación (Nada + Poco): $20,4\% + 9,7\% = 30,1\%$
2. Afectación media: $35,0\%$
3. Alta afectación (Bastante + Muy): $17,5\% + 17,5\% = 35,0\%$

El resultado no muestra un continuo suave, sino una estructura tripartita casi simétrica:

- 3 de cada 10 están relativamente protegidos (baja afectación),
- 3,5 de cada 10 viven fricción “moderada” persistente,
- 3,5 de cada 10 están en un escenario de afectación alta (grupo crítico).

La afectación laboral atribuida al rol de cuidado muestra una estructura en tres segmentos. Un 30,1% declara baja afectación (Nada/Poco), lo que sugiere que existe un grupo que logra compatibilizar trabajo y cuidado sin percibir impacto relevante—posiblemente por menor intensidad del cuidado, mayor flexibilidad laboral o disponibilidad de apoyos (hipótesis a contrastar con cruces). En el centro, un 35,0% reporta afectación moderada (‘Medianamente afectada/o’), consistente con fricciones sostenidas, pero aún gestionables.

Finalmente, otro 35,0% presenta alta afectación (Bastante/Muy), constituyendo un segmento crítico por el riesgo de consecuencias laborales (reducción de jornada, inestabilidad o salida del empleo). En suma, el hallazgo central no es solo que el cuidado afecta el trabajo, sino que coexisten condiciones de compatibilización y escenarios de alta tensión, lo que sugiere necesidades diferenciadas por segmento.

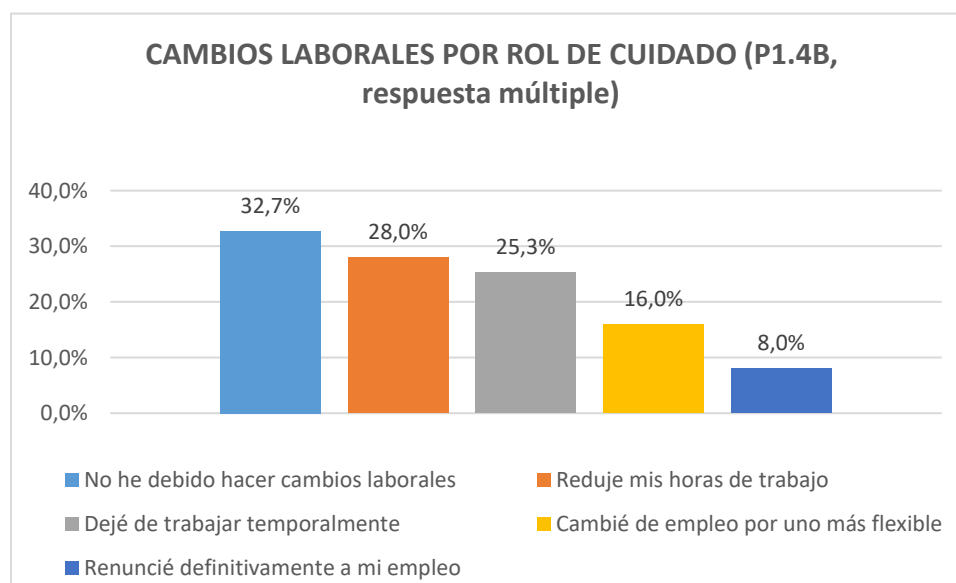
CAMBIOS LABORALES POR ROL DE CUIDADO (P1.4B)

Tipo de pregunta: Respuesta múltiple (MR).

Unidad de análisis: Cuidador/a

Base válida: 165 casos.

alternativa	n	pct
No he debido hacer cambios laborales	49	32,7%
Reduje mis horas de trabajo	42	28,0%
Dejé de trabajar temporalmente	38	25,3%
Cambié de empleo por uno más flexible	24	16,0%
Renuncié definitivamente a mi empleo	12	8,0%



Se evidencia que no se presenta un patrón único: aparecen tres respuestas estructuralmente diferentes, siendo las tres alternativas más mencionadas tres situaciones laborales distintas frente al cuidado:

1. **“No he debido hacer cambios” (32,7%):** Esto describe un grupo que logra sostener su situación laboral sin ajustes atribuibles al cuidado. No significa “no hay tensión”, pero sí sugiere que han encontrado condiciones que lo hacen viable (flexibilidad, menor intensidad del cuidado, apoyo, o arreglos domésticos más funcionales).
2. **“Reduje mis horas” (28,0%):** Esto no es “un cambio cualquiera”, es un mecanismo de ajuste parcial. Mantienen el vínculo laboral, pero pagan un costo (ingresos, carrera, estabilidad). Es la forma típica

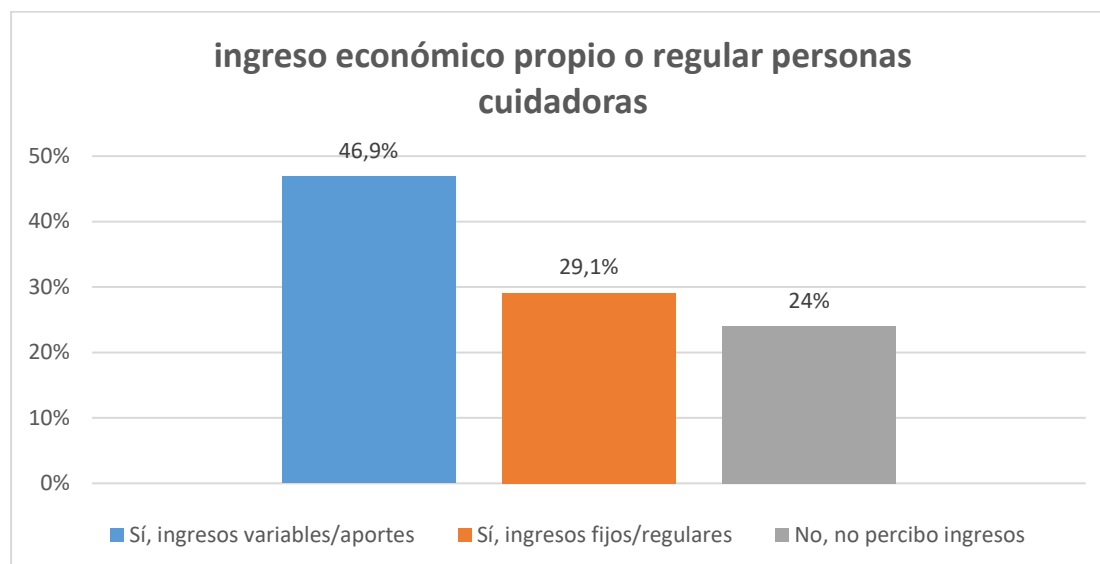
de “compatibilización forzada”, vale decir, seguir trabajando, pero con menos capacidad de cumplir la jornada estándar.

3. **“Dejé de trabajar temporalmente” (25,3%)**: Esto describe una situación cualitativamente más severa que reducir horas: es una interrupción, que suele ocurrir cuando el cuidado entra en modo crítico (episodios de alta demanda, salud, falta de relevo). Tiene implicancias distintas: riesgo de desconexión laboral, pérdida de continuidad y mayor vulnerabilidad a salida definitiva.

Lo anterior sugiere que el cuidado no sólo “afecta”, sino también reorganiza trayectorias laborales.

INGRESOS PROPIOS:

Variable	Categoría	n	pct	denominador
Ingresos propios	Sí, ingresos variables/aportes	119	46,9%	254
Ingresos propios	Sí, ingresos fijos/regulares	74	29,1%	254
Ingresos propios	No, no percibo ingresos	61	24%	254

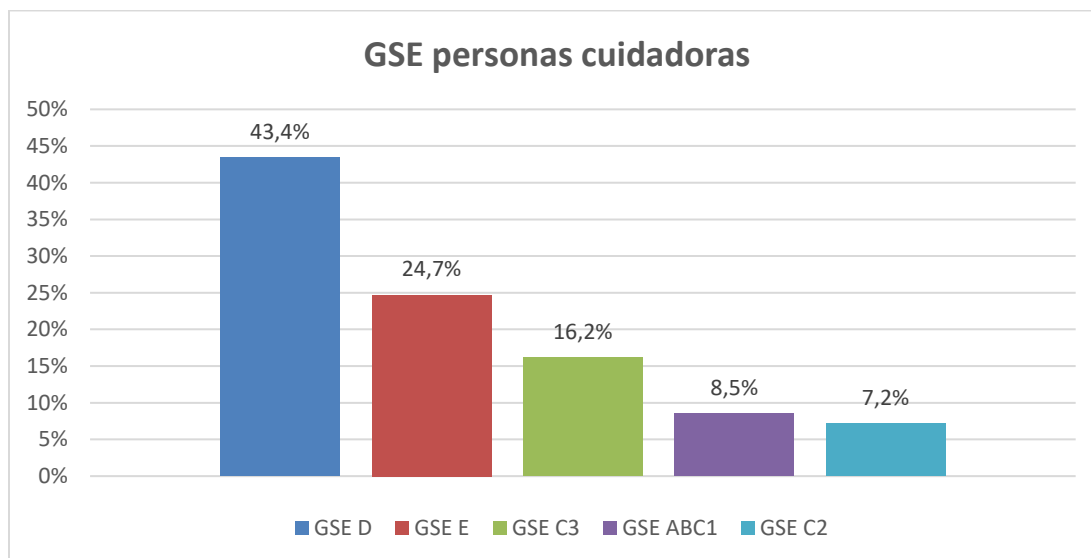


Respecto de la declaración de ingresos propios, la alternativa más frecuente corresponde a “Sí, ingresos variables/aportes”, con 46,9%. En segundo lugar, se encuentra “Sí, ingresos fijos/regulares” con 29,1%. Y, por último, “No, no percibo ingresos” alcanza 24,0%. En este aspecto, predominan las respuestas asociadas a percepción de ingresos (variables o fijos), con un cuarto de los casos que declara no percibir ingresos propios dentro de la base válida.

GSE:

variable	categoría	N	pct	denominador
GSE	D	102	43,4%	235
GSE	E	58	24,7%	235
GSE	C3	38	16,2%	235
GSE	ABC1	20	8,5%	235

GSE	C2	17	7,2%	235
-----	----	----	------	-----



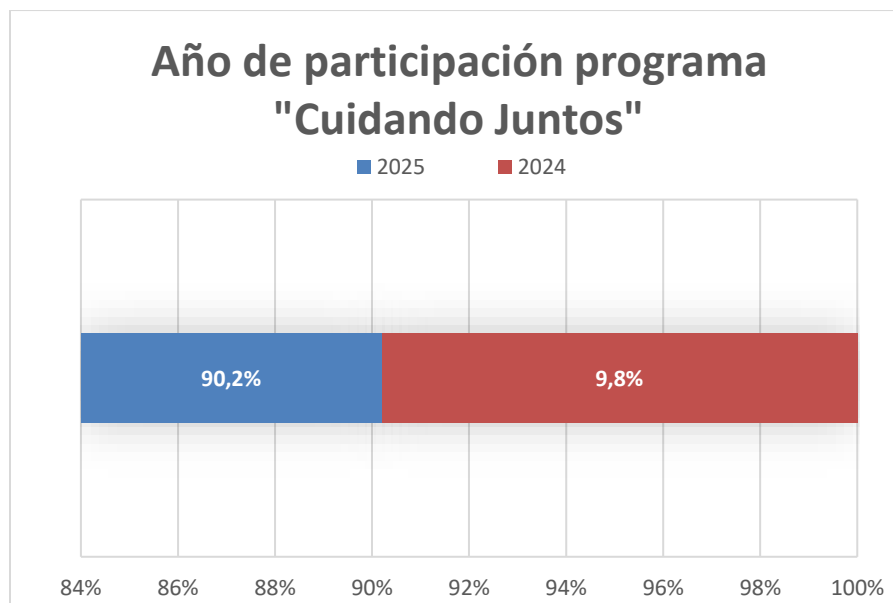
Para la construcción del Grupo Socio Económico, se definieron relaciones a partir de “Educación” y “Ocupación” asignando así una clasificación que concluye en que el grupo con mayor proporción corresponde a GSE D, con 43,4%, seguido por GSE E con 24,7%. Luego aparecen C3 con 16,2%, ABC1 con 8,5% y C2 con 7,2%. En síntesis, la distribución de GSE se concentra principalmente en las categorías D y E, que en conjunto agrupan más de dos tercios de los casos.

Al observar la composición de GSE dentro de cada macrozona, en la macrozona Centro predomina D 49,0%, seguido por E 25,0%; en RM predomina D 36,0%, seguido por C3 21,3% y E 20,0%; en la macrozona Sur en tanto, se concentra en D 42,5% y E 27,5% ; y en la macrozona Norte destaca D 40,9% y E 36,4%.

A.3 PARTICIPACIÓN Y MODALIDAD

AÑO DEL CURSO:

Variable	categoría	N	Pct	denominador
Año del curso	2025	229	90,2	254
Año del curso	2024	25	9,8	254



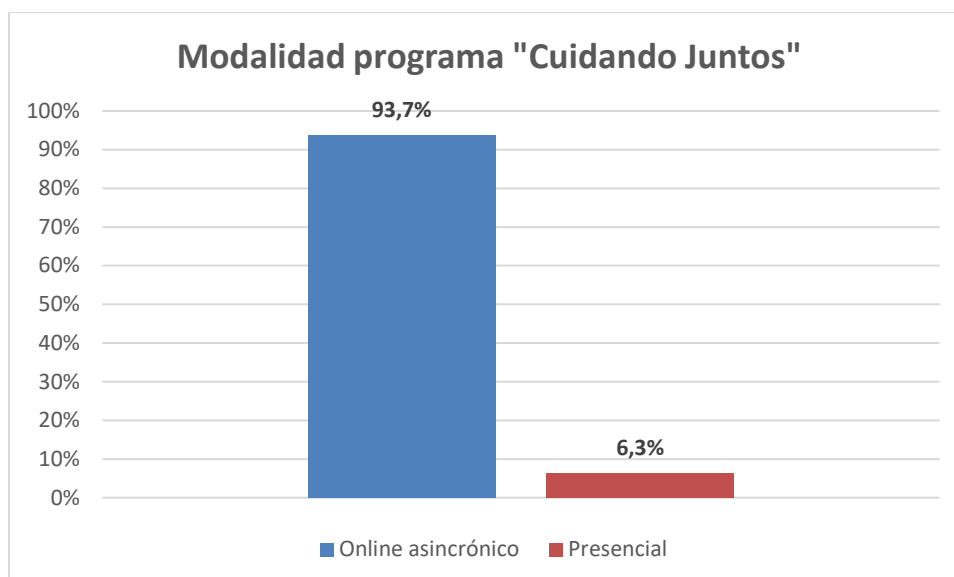
En cuanto a quienes respondieron el estudio, se evidencia que la participación se concentra mayoritariamente en quienes cursaron “Creciendo Juntos” el año 2025, representando el 90,2%, mientras que el año de curso 2024 solo alcanza un alcanza 9,8%.

En el cruce por macrozona, para el año 2024 la composición se distribuye en Centro 40,0%, RM 36,0%, Sur 20,0% y Norte 4,0%. Mientras que, para el año 2025, correspondiente al 90,2% del total de participantes del estudio, la distribución es Centro 41,3%, RM 31,6%, Sur 23,1% y Norte 4,0%, mostrando proporciones cercanas entre años a nivel descriptivo.

En el cruce entre GSE y año del curso, se observa que la cohorte 2024 tiene base pequeña, no obstante, se distribuye en C3 33,3% y E como categorías de mayor proporción, seguidas por D 16,7%, y luego ABC1 8,3% y C2 8,3%. Por otro lado, en 2025, la mayor proporción corresponde a D 46,4%, seguida por E 23,7%, C3 14,2%, ABC1 8,5% y C2 7,1%

MODALIDAD DEL CURSO:

Variable	categoría	n	pct	denominador
Modalidad del curso	Online asincrónico	224	93,7%	239
Modalidad del curso	Presencial	15	6,3%	239



Respecto de la modalidad del curso, predomina ampliamente la modalidad Online asincrónico con 93,7%, mientras que la modalidad Presencial representa solo el 6,3%.

E. MÓDULO B: PERFIL DE LAS PERSONAS CUIDADAS (≥60 AÑOS)

Nota de Lectura para esta Sección: A partir de este módulo, la unidad de análisis cambia. Los datos presentados corresponden al total de **Personas Cuidadas (n=354)** y no al total de Cuidadores (n=254). Esto ocurre porque el instrumento permitió registrar información individual para cada paciente. Por lo tanto, si un cuidador atiende a dos personas (ej. madre y padre), aquí se contabilizan como dos casos independientes para caracterizar mejor las condiciones de salud y dependencia.

1. Base de análisis y consideraciones metodológicas

- **Unidad de análisis:** Personas cuidadas de **60 años o más**, identificadas mediante estructura de loops (hasta 10 personas por cuidador/a).
- **Base total de cuidadores/as encuestados:** $n = 254$.
- **Personas cuidadas ≥60 años:** $n = 354$.
- **Cuidadores/as con al menos una persona ≥60 años:** $n = 253$.

Nota metodológica: en preguntas múltiples (P2.6 y P2.8), los porcentajes no suman 100%, ya que una persona puede presentar más de una condición o requerir más de un tipo de apoyo.

2. Edad de la persona cuidada

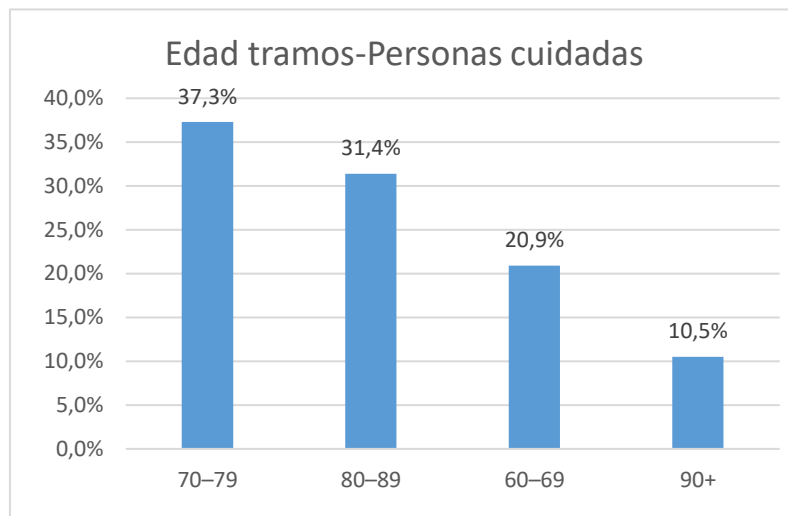
Cerca de **7 de cada 10 personas cuidadas** se concentra entre los **70 y 89 años**, tramo donde aumentan de forma significativa los requerimientos de apoyo físico, cognitivo y emocional.

La presencia no menor de personas **90+** refuerza la necesidad de contenidos asociados a fragilidad avanzada y cuidados de mayor complejidad.

- **Promedio de edad:** 77,7 años.
- **Mediana:** 78 años.
- **Desviación estándar:** 9,3 años.

Distribución por tramos etarios (n = 353):

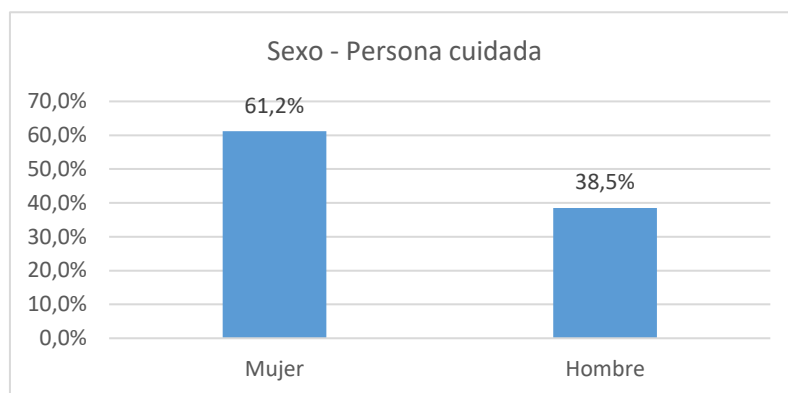
Variable	categoría	n	%
Edad persona cuidada (tramos)	70–79	132	37,3%
Edad persona cuidada (tramos)	80–89	111	31,4%
Edad persona cuidada (tramos)	60–69	74	20,9%
Edad persona cuidada (tramos)	90+	37	10,5%



3. Sexo de la persona cuidada

El perfil de personas cuidadas es mayoritariamente femenino, lo que es consistente con la mayor esperanza de vida de las mujeres y con una mayor prevalencia de dependencia funcional en edades avanzadas.

Variable	categoría	n	%
Sexo persona cuidada	Mujer	216	61,2%
Sexo persona cuidada	Hombre	136	38,5%

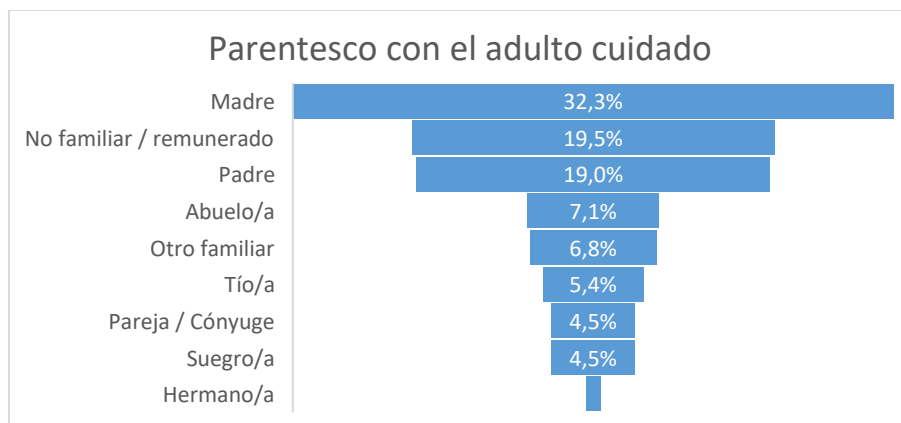


4. Parentesco entre cuidador/a y persona cuidada

- El cuidado se concentra principalmente en vínculos **familiares directos** (madre y padre representan casi la mitad de los casos).
- Destaca **también el cuidado no familiar/remunerado (19%)**, lo que sugiere una realidad de cuidado más profesionalizada o externalizada en una parte importante de la muestra.
- La diversidad de parentescos observada refuerza que el programa debe considerar distintos tipos de relación afectiva, responsabilidades y límites del rol de cuidado.

Distribución (n = 353):

Variable	Categoría	n	%
Parentesco	Madre	114	32,3%
	No familiar / remunerado	69	19,5%
	Padre	67	19,0%
	Abuelo/a	25	7,1%
	Otro familiar	24	6,8%
	Tío/a	19	5,4%
	Pareja / Cónyuge	16	4,5%
	Suegro/a	16	4,5%
	Hermano/a	3	0,8%

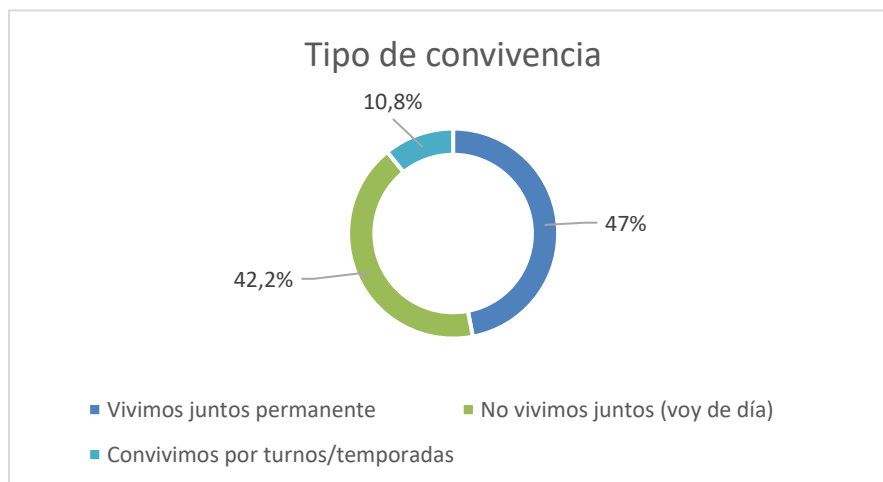


5. Modalidad de convivencia cuidador/a – persona cuidada

- El cuidado no se limita a la co-residencia: **más de la mitad** de las situaciones de cuidado ocurre sin convivencia permanente.
- Esto implica desafíos distintos en términos de organización, continuidad del cuidado, coordinación familiar y monitoreo del estado de la persona cuidada.

Distribución (n = 353):

Variable	categoría	n	%
Convivencia	Vivimos juntos permanente	166	47
	No vivimos juntos (voy de día)	149	42,2
	Convivimos por turnos/temporadas	38	10,8

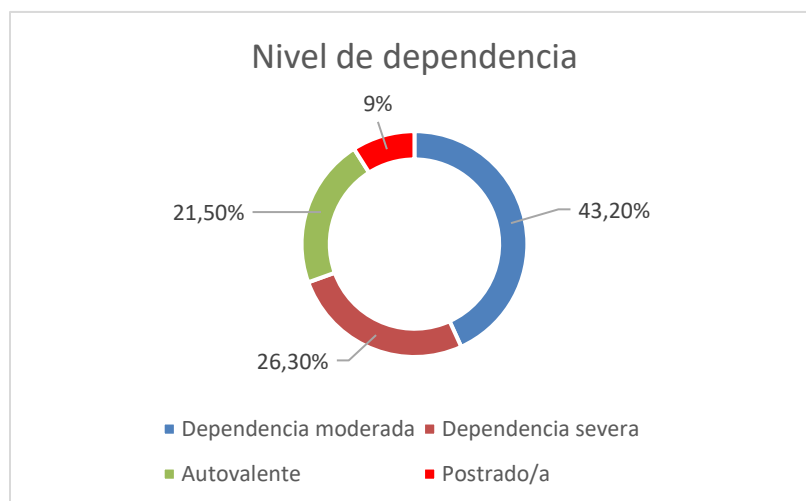


6. Nivel de dependencia de la persona cuidada

8 de cada 10 personas cuidadas presentan algún grado de dependencia. La alta proporción de dependencia moderada y severa indica que gran parte del cuidado requiere habilidades prácticas, vigilancia y toma de decisiones cotidianas por parte del cuidador/a.

Distribución (n = 353):

variable	Categoría	n	pct
Nivel de dependencia	Dependencia moderada	153	43,20%
	Dependencia severa	93	26,30%
	Autovalente	76	21,50%
	Postrado/a	32	9%



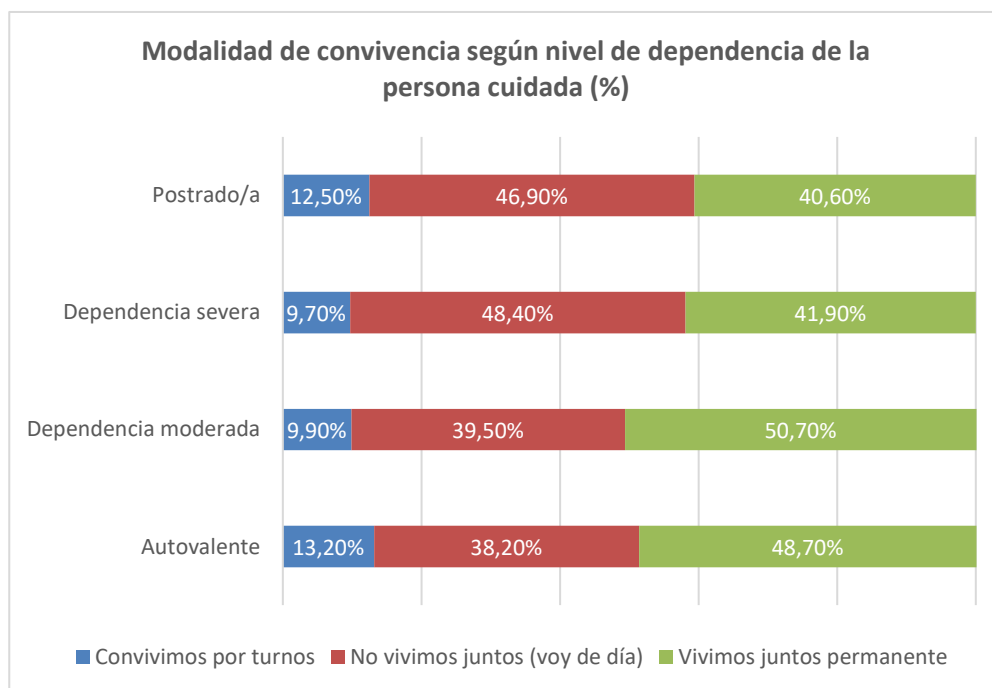
7. Cruce descriptivo: nivel de dependencia × convivencia

Hallazgos principales:

- En todos los niveles de dependencia, la convivencia permanente no es universal.
- Incluso entre personas postradas, una proporción relevante no vive de manera permanente con el/la cuidador/a.
- No se observan diferencias estadísticamente significativas entre dependencia y convivencia principal a nivel de cuidador/a (χ^2 , $p > 0,05$; V de Cramér bajo).
- El cuidado de alta complejidad también se realiza en contextos de no co-residencia, lo que aumenta la necesidad de herramientas de planificación, coordinación y comunicación.

Nivel de dependencia	Convivimos por turnos	No vivimos juntos (voy de día)	Vivimos juntos permanente	n
Autovalente	13,20%	38,20%	48,70%	76
Dependencia moderada	9,90%	39,50%	50,70%	152
Dependencia severa	9,70%	48,40%	41,90%	93
Postrado/a	12,50%	46,90%	40,60%	32

Nota: porcentajes calculados por fila.



Base: personas cuidadas ≥ 60 años

Diferencias descriptivas; asociación no estadísticamente significativa. $P = 0,7159$

Porcentajes calculados por fila. Base: personas cuidadas ≥ 60 años.
Diferencias descriptivas; asociación no estadísticamente significativa.

Los resultados muestran que el cuidado de personas con dependencia moderada y severa no se realiza exclusivamente bajo convivencia permanente, lo que refuerza la necesidad de que el programa formativo incorpore herramientas para el cuidado no presencial, la planificación de rutinas, la coordinación entre cuidadores/as y la detección temprana de riesgos en contextos de atención a distancia.

8. nivel de dependencia × parentesco

Nivel de dependencia	Madre	Padre	Pareja / Cónyuge	Abuelo/a	Suegro/a	Hermano/a	Tío/a	Otro familiar	No familiar / remunerado
Autovalente	32,9%	26,3%	7,9%	6,6%	5,3%	1,3%	2,6%	6,6%	10,5%
Dependencia moderada	32,0%	19,0%	5,2%	7,2%	3,9%	0,7%	5,9%	5,2%	20,9%
Dependencia severa	29,3%	14,1%	2,2%	7,6%	6,5%	1,1%	7,6%	8,7%	22,8%
Postrado/a	40,6%	15,6%	6,2%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	9,4%	25,0%

Nota: Los porcentajes corresponden a distribución por fila (nivel de dependencia). Algunos subgrupos presentan tamaños muestrales reducidos, por lo que los resultados deben interpretarse de forma descriptiva.

Hallazgos principales:

- En todos los niveles de dependencia, el cuidado de madres y padres sigue siendo predominante.
- El cuidado no familiar/remunerado aumenta su presencia a medida que la dependencia es moderada o severa.
- En situaciones de postración, más de un cuarto de los casos corresponde a cuidadores/as no familiares.
- El curso debe ser pertinente tanto para cuidadores/as familiares como para cuidadores/as remunerados, abordando diferencias de rol, límites y responsabilidades.

Anexo tabla:

Dependencia × Parentesco (descriptivo)

x_cat	y_cat	n	%	Total persona cuidada
Autovalente	Madre	25	32,9	76
	Padre	20	26,3	
	Pareja / Cónyuge	6	7,9	
	Abuelo/a	5	6,6	
	Suegro/a	4	5,3	
	Hermano/a	1	1,3	

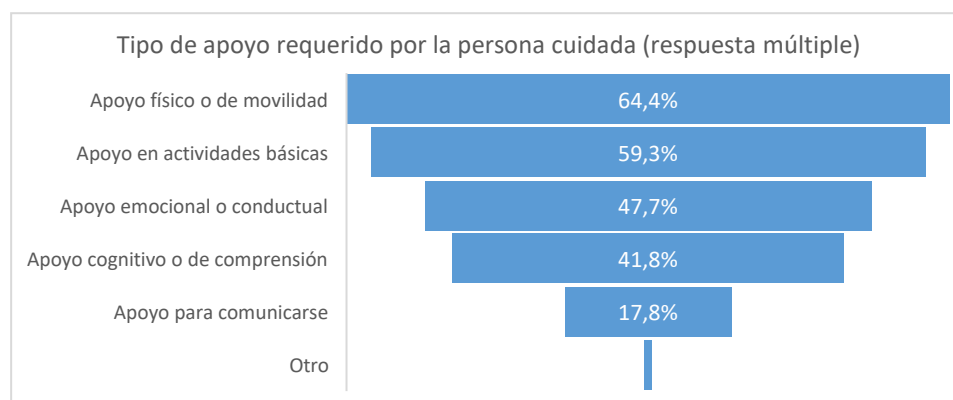
	Tío/a	2	2,6	
	Otro familiar	5	6,6	
	No familiar / remunerado	8	10,5	
Dependencia moderada	Madre	49	32	153
	Padre	29	19	
	Pareja / Cónyuge	8	5,2	
	Abuelo/a	11	7,2	
	Suegro/a	6	3,9	
	Hermano/a	1	0,7	
	Tío/a	9	5,9	
	Otro familiar	8	5,2	
	No familiar / remunerado	32	20,9	
Dependencia severa	Madre	27	29,3	92
	Padre	13	14,1	
	Pareja / Cónyuge	2	2,2	
	Abuelo/a	7	7,6	
	Suegro/a	6	6,5	
	Hermano/a	1	1,1	
	Tío/a	7	7,6	
	Otro familiar	8	8,7	
	No familiar / remunerado	21	22,8	
Postrado/a	Madre	13	40,6	32
	Padre	5	15,6	
	Abuelo/a	2	6,2	
	Tío/a	1	3,1	
	Otro familiar	3	9,4	
	No familiar / remunerado	8	25	

9. Tipo de apoyo requerido por la persona cuidada (P2.8, múltiple)

Proporción de personas que requieren cada tipo de apoyo (n = 354):

Variable	Categoría	%
Tipo de apoyo requerido (múltiple)	Apoyo físico o de movilidad	64,4
	Apoyo en actividades básicas	59,3
	Apoyo emocional o conductual	47,7
	Apoyo cognitivo o de comprensión	41,8
	Apoyo para comunicarse	17,8
	Otro	0,8

- El apoyo más frecuentemente requerido corresponde a apoyo físico o de movilidad, mencionado por un 64,4% de las personas cuidadas, lo que refleja una alta demanda asociada a desplazamiento, transferencia y esfuerzo físico.
- En segundo lugar, un 59,3% requiere apoyo en actividades básicas de la vida diaria, como alimentación, higiene o vestimenta, evidenciando un nivel relevante de dependencia funcional.
- Casi la mitad de las personas cuidadas (47,7%) requiere apoyo emocional o conductual, lo que da cuenta de necesidades de acompañamiento, contención y manejo conductual más allá del cuidado físico.
- Un 41,8% presenta requerimientos de apoyo cognitivo o de comprensión, lo que sugiere presencia de dificultades asociadas a deterioro cognitivo, orientación o comprensión de instrucciones.
- El apoyo para comunicarse aparece con menor frecuencia (17,8%), mientras que la categoría “Otro” es marginal (0,8%), indicando que los tipos de apoyo considerados cubren adecuadamente las principales necesidades reportadas.

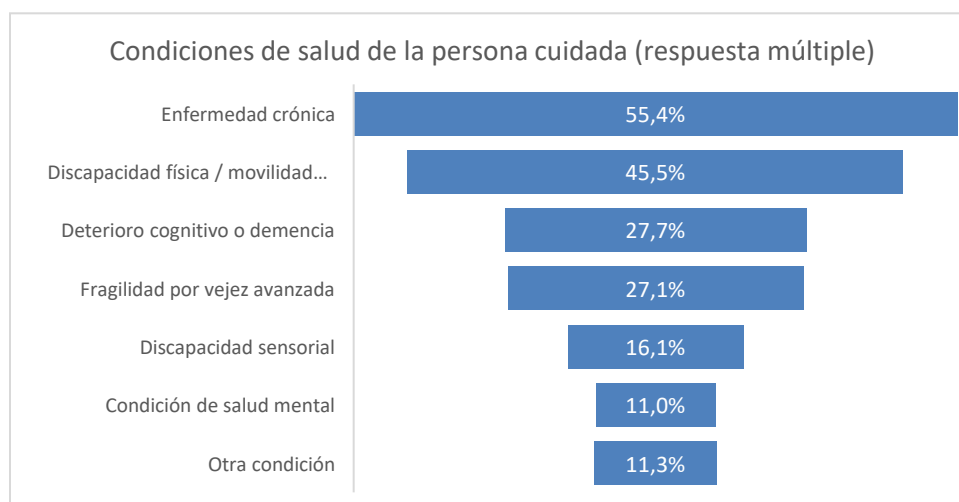


- La coexistencia de altas demandas físicas, funcionales y emocionales sugiere que el rol del cuidador/a requiere competencias múltiples, no limitadas al cuidado corporal.
- Estos resultados refuerzan la pertinencia de que el programa Cuidando Juntos aborde contenidos diferenciados según tipo de apoyo requerido, incluyendo componentes físicos, psicoemocionales y cognitivos.

10. Condiciones de salud de la persona cuidada (P2.6, múltiple)

Prevalencia de condiciones reportadas (n = 354):

variable	Categoría	n	pct
Condiciones de salud (múltiple)	Enfermedad crónica	196	55,4%
	Discapacidad física / movilidad reducida	161	45,5%
	Deterioro cognitivo o demencia	98	27,7%
	Fragilidad por vejez avanzada	96	27,1%
	Discapacidad sensorial	57	16,1%
	Condición de salud mental	39	11,0%
	Otra condición	40	11,3%



- Más de la mitad de las personas cuidadas presenta alguna enfermedad crónica (55,4%), lo que posiciona a este grupo como el principal desafío sanitario dentro de la población analizada.
- Un 45,5% reporta discapacidad física o movilidad reducida, lo que es consistente con la alta demanda de apoyo físico y de movilidad observada en otros indicadores del estudio.

- Cerca de tres de cada diez personas cuidadas presentan deterioro cognitivo o demencia (27,7%) y fragilidad asociada a vejez avanzada (27,1%), evidenciando una proporción relevante de personas con necesidades complejas y progresivas.
- Las discapacidades sensoriales afectan a un 16,1% de la población, mientras que las condiciones de salud mental son reportadas en un 11,0% de los casos.
- La categoría “otra condición” alcanza un 11,3%, lo que sugiere la presencia de situaciones de salud no completamente capturadas por las categorías predefinidas y refuerza la heterogeneidad de la población cuidada.
- La coexistencia de enfermedades crónicas, limitaciones físicas y deterioro cognitivo indica que el cuidado requerido es multidimensional, combinando demandas físicas, cognitivas y emocionales.
- Estos resultados refuerzan la necesidad de que el programa Cuidando Juntos considere contenidos diferenciados según perfiles de salud, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas, movilidad reducida y deterioro cognitivo.

11. Análisis cualitativo: “Otra condición” (textos abiertos)

Base: 40 personas marcaron “Otra condición”.

36 entregaron descripción textual (4 sin especificación).

Resultados de la codificación emergente:

A partir del análisis de los textos abiertos, se identificaron las siguientes categorías descriptivas:

- **Condiciones oncológicas.** Incluye menciones a cáncer, tumores y leucemia, dando cuenta de procesos de enfermedad de alta complejidad y potencial progresión.
- **Condiciones musculoesqueléticas y de movilidad.** Se agrupan aquí referencias a artrosis severa, problemas de cadera, columna u otras afecciones que limitan significativamente la movilidad y autonomía física.
- **Condiciones neurológicas y discapacidad.** Comprende menciones a Parkinson, epilepsia y secuelas de accidentes cerebrovasculares (ACV), condiciones frecuentemente asociadas a deterioro funcional y cognitivo.
- **Enfermedades crónicas sistémicas.** Incluye referencias a insuficiencia renal, insuficiencia hepática, EPOC u otras patologías crónicas que requieren manejo permanente y cuidados continuos.
- **Otras condiciones o descripciones inespecíficas.** Se identifican menciones generales como fragilidad avanzada, enfermedades autoinmunes o alteraciones del ánimo, que no se ajustan a una categoría clínica específica pero igualmente implican necesidades de cuidado.

Análisis:

- La diversidad de condiciones reportadas bajo la categoría “Otra condición” refuerza la heterogeneidad de las situaciones de cuidado presentes en la población estudiada.
- Los relatos muestran que las necesidades de cuidado no se concentran exclusivamente en diagnósticos tradicionales como enfermedad crónica o discapacidad física, sino que incluyen trayectorias de salud complejas y combinadas.
- Esta heterogeneidad sugiere que las personas cuidadoras enfrentan escenarios muy distintos, donde las demandas pueden variar en intensidad, duración y tipo de apoyo requerido.

Implicancia para el programa *Cuidando Juntos*:

- Los resultados cualitativos respaldan la pertinencia de incorporar contenidos transversales, aplicables a múltiples diagnósticos y trayectorias de salud, más que enfoques excesivamente centrados en condiciones específicas.
- Este hallazgo refuerza la necesidad de que el programa aborde competencias generales de cuidado, tales como adaptación a cambios en la condición de salud, manejo de situaciones complejas y apoyo integral, independientemente del diagnóstico puntual de la persona cuidada.

12. Conclusión — Perfil de la persona cuidada:

- La persona cuidada en el estudio corresponde mayoritariamente a adultos mayores, con una concentración relevante en los tramos de 70 a 89 años, lo que sitúa el cuidado en una etapa del ciclo vital caracterizada por mayor fragilidad y probabilidad de pérdida de autonomía.
- En términos de nivel de dependencia, predomina la dependencia moderada, seguida por dependencia severa, mientras que los casos autovalentes y postrados representan proporciones menores pero relevantes. Esto indica que una parte significativa de las personas cuidadas requiere apoyo frecuente, aunque no necesariamente permanente en todos los casos.
- La modalidad de convivencia muestra que, incluso en niveles altos de dependencia, no siempre existe convivencia permanente entre cuidador/a y persona cuidada. En los distintos niveles de dependencia, una proporción importante de cuidadores no vive con la persona cuidada y acude durante el día, lo que evidencia esquemas de cuidado fragmentados y potencialmente más demandantes en términos logísticos y de coordinación.
- El análisis del parentesco revela que el cuidado recae principalmente en hijas/os (madre y padre), confirmando el carácter familiar del cuidado. Sin embargo, se observa una presencia consistente de cuidadores no familiares o remunerados, especialmente en situaciones de dependencia moderada y severa, lo que sugiere la necesidad de complementar el cuidado familiar cuando las demandas aumentan.
- En relación con el tipo de apoyo requerido, las principales necesidades se concentran en:

- Apoyo físico o de movilidad,
- Apoyo en actividades básicas de la vida diaria,
- Apoyo emocional o conductual, y
- Apoyo cognitivo o de comprensión.

Estas dimensiones configuran un cuidado integral que combina exigencias físicas, prácticas y emocionales.

- El análisis de condiciones de salud confirma una alta prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad física, junto con una proporción relevante de deterioro cognitivo o demencia y fragilidad por vejez avanzada. Este perfil sanitario refuerza la complejidad del cuidado y la necesidad de competencias diversas por parte de las personas cuidadoras.
- La revisión cualitativa de la categoría “Otra condición” evidencia una amplia diversidad de situaciones de salud, incluyendo condiciones oncológicas, neurológicas, musculoesqueléticas y enfermedades crónicas sistémicas. Esta heterogeneidad reafirma que el cuidado no responde a un único diagnóstico, sino a trayectorias múltiples y cambiantes.

OPERATIVA (P2.17)

Unidad de análisis: Cuidador/a (muestra total de encuestados del estudio).
Base del módulo: n=254 (salvo donde se indique).

El presente módulo describe la intensidad del cuidado a partir de la frecuencia de tareas (P2.17) y construye una medida sintética de carga operativa en escala 1–3. Además, examina evidencia estadística sobre cómo esta carga se relaciona con condiciones estructurales del rol: responsabilidad (P2.10), antigüedad (P2.11), descanso (P2.12), días/semana (P2.13), horas/día (P2.14), capacidad de ausentarse (P2.15) e incidentes cuando el cuidador no estaba (P2.16). Finalmente, integra respuestas abiertas que explican barreras reales para ausentarse y tipifica los incidentes reportados.

Frecuencia de tareas de cuidado (P2.17)

La batería P2.17 muestra un cuidado que combina tareas instrumentales (medicación, alimentación, higiene, movilidad, trámites y hogar) con un componente relacional altamente frecuente (acompañamiento emocional). En términos operativos, el cuidado se configura como una rutina sostenida más que como acciones aisladas.

Tabla. Distribución de tareas (P2.17)

Tarea (P2.17)	Nunca	A veces	Frecuente
Acompañamiento emocional / conversación	1,60%	16,10%	82,30%
Limpieza del hogar	5,10%	20,90%	73,90%

Alimentación	7,90%	21,30%	70,90%
Supervisión o vigilancia permanente	5,10%	26,40%	68,50%
Administración de medicamentos	5,10%	29,50%	65,40%
Acompañamiento terapéutico o médico	5,50%	30,30%	64,20%
Compras o trámites	7,50%	35,20%	57,30%
Movilización / traslados	5,10%	40,60%	54,30%
Aseo personal	25,60%	24,00%	50,40%

La mayor frecuencia del acompañamiento emocional (82,3%) sugiere que la experiencia operativa del cuidado incorpora una dimensión de presencia/contención cotidiana. Al mismo tiempo, la alta frecuencia en alimentación, supervisión y medicamentos conforma un núcleo de tareas con exigencia de regularidad y de alta responsabilidad; y la presencia relevante de limpieza del hogar (73,9%) revela que el rol se superpone con responsabilidades domésticas, ampliando el tiempo y la energía requeridos.

C.1 Construcción del Índice de Carga Operativa (P2.17; escala 1–3)

Para sintetizar la intensidad del cuidado se construyó el **Índice de carga operativa (1–3)** como el promedio de los nueve ítems P2.17, donde 1 = Nunca, 2 = A veces y 3 = Frecuente. La limpieza consistió en recodificar a NA cualquier valor fuera de 1–3 antes del promedio. La validez del índice se definió por completitud mínima del 70% por fila: se calculó el promedio solo cuando cada caso presentaba al menos 7 de 9 ítems válidos.

Nota metodológica: El 'Índice de Carga Operativa' es una medida de intensidad (escala 0 a 100) calculada considerando la cantidad de horas diarias de dedicación, la frecuencia de días sin descanso y la cantidad de tareas de asistencia física realizadas.

Tabla C1. Ficha técnica del índice de carga operativa (P2.17; 1–3)

Elemento	Detalle
Nombre índice	Índice de carga operativa (1–3)
Fuente	Promedio de P2.17a...P2.17i
Escala esperada	1 a 3
Limpieza	Valores fuera de 1–3 se recodifican a NA antes de promediar
Validez por fila	Índice válido si tiene $\geq 70\%$ de ítems válidos (≥ 7 de 9)
Tramos	Terciles sobre índice válido: Baja / Media / Alta

Calidad de construcción del índice

Elemento	Valor
N base	254
Ítems P2.17 detectados	9
Regla validez ($\geq 70\%$)	≥ 7 de 9
N índice válido	254
Min/Max observados	1 / 3

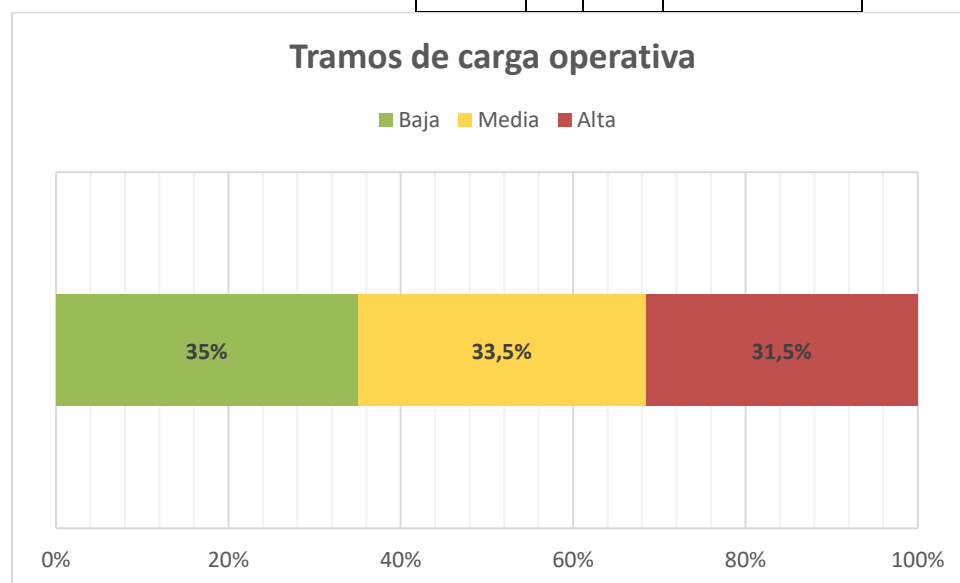
Tabla C2. Estadísticos descriptivos del índice (P2.17; 1–3)

Variable	n válidos	Media	DE	Mediana	p25	p75	Mín	Máy
Índice de carga operativa (1–3)	254	2,577	0,375	2,667	2,333	2,889	1	3

C.2. Tramos de carga operativa (terciles del índice 1–3)

Tabla C3. Distribución de tramos de carga operativa (terciles)

Tramo	n	%	Denominador
Baja	89	35,0	254
Media	85	33,5	254
Alta	80	31,5	254



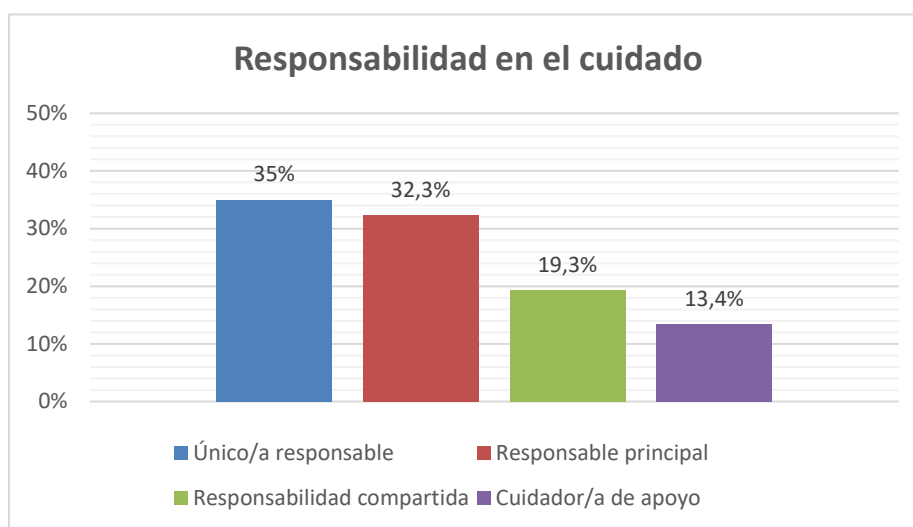
La distribución es **equilibrada**, lo que permite comparar perfiles de cuidado entre niveles (baja/media/alta) sin asimetrías de tamaño muestral relevantes.

C.3. Descriptivos de organización del cuidado (P2.10–P2.16)

A continuación, se reportan las frecuencias de los principales factores operativos del cuidado.

Tabla C4. Responsabilidad en el cuidado (P2.10) (n=254)

Categoría	N	%
Único/a responsable	89	35,0
Responsable principal	82	32,3
Responsabilidad compartida	49	19,3
Cuidador/a de apoyo	34	13,4



Se presenta una alta concentración del cuidado en una persona, donde dos tercios (67,3%) se definen como único/a responsable o responsable principal sugiere una estructura de cuidado donde la carga —en tiempo, coordinación y toma de decisiones— tiende a recaer en un/a cuidador/a central. Esto es consistente con la presencia de tareas “Frecuentes” muy elevadas observadas en P2.17 (por ejemplo, acompañamiento emocional 82,3% frecuente).

Se evidencia un espacio acotado para la corresponsabilidad, pues solo 19,3% declara una responsabilidad compartida. Esto puede interpretarse como una menor disponibilidad de relevo o una organización familiar/relacional donde compartir el rol no es la norma.

Existe una baja presencia de ser un cuidador en “rol de apoyo”. Lo anterior se refleja en que solo el 13,4% de los participantes se declara cuidador/a de apoyo indicando que existe un grupo que participa sin liderar. Este segmento puede tener necesidades distintas: coordinación con el/la responsable principal, claridad de tareas, y herramientas para apoyar sin sobrecargarse o entrar en conflicto con decisiones del cuidado.

Implicancias para la gestión del programa:

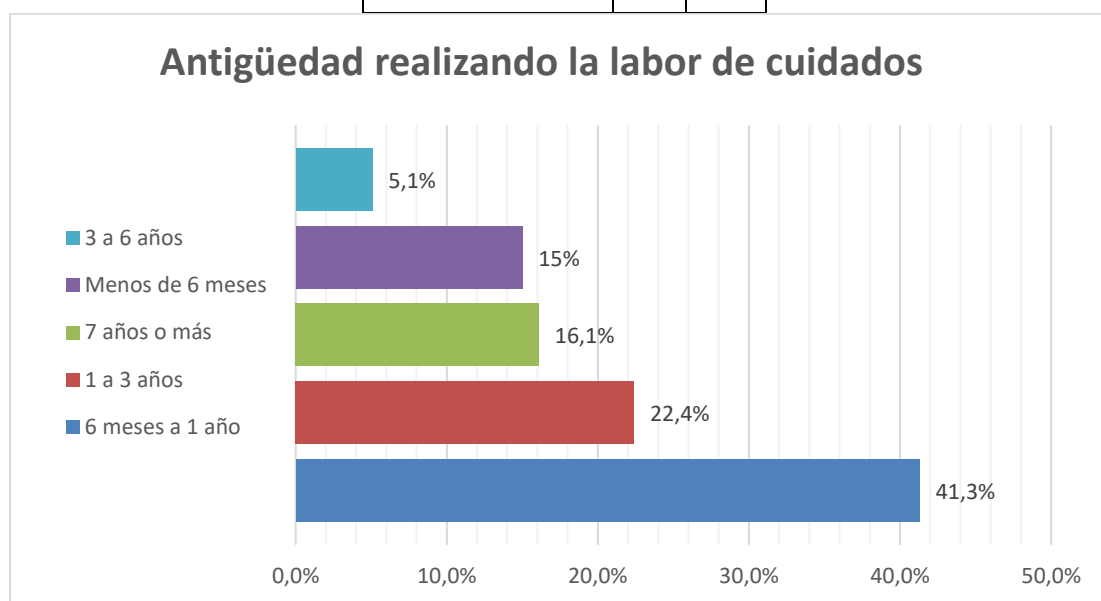
Dado que 67,3% se ubica como único/a responsable o responsable principal podría ser útil que el programa considere contenidos y recursos que acompañen el rol de conducción del cuidado (organización, priorización, coordinación cotidiana), especialmente para quienes concentran decisiones y tareas.

Considerando que la responsabilidad compartida alcanza 19,3%, vale la pena explorar si existe espacio para fortalecer —cuando sea posible— estrategias de corresponsabilidad y relevo (por ejemplo, acuerdos familiares, distribución de tareas, planificación de descansos), sin asumir que siempre hay redes disponibles.

Para el 13,4% que se define como cuidador/a de apoyo, podría evaluarse incorporar orientaciones específicas para ese rol (cómo coordinar con el/la responsable principal, cómo apoyar sin duplicar esfuerzos, y cómo sostener límites del rol), ya que sus necesidades pueden diferir de quienes lideran el cuidado.

Tabla C5. Antigüedad en el cuidado (P2.11) (n=254)

Categoría	n	%
6 meses a 1 año	105	41,3
1 a 3 años	57	22,4
7 años o más	41	16,1
Menos de 6 meses	38	15,0
3 a 6 años	13	5,1



Se evidencia un predominio de trayectorias de cuidado relativamente recientes, donde el 56,3% reporta menos de 1 año, esto sugiere que parte importante de cuidadores/as se encuentra en fases iniciales del rol. Lo anterior puede ser relevante para el programa en términos de necesidades de orientación, aprendizaje de rutinas y adaptación a un nuevo orden cotidiano.

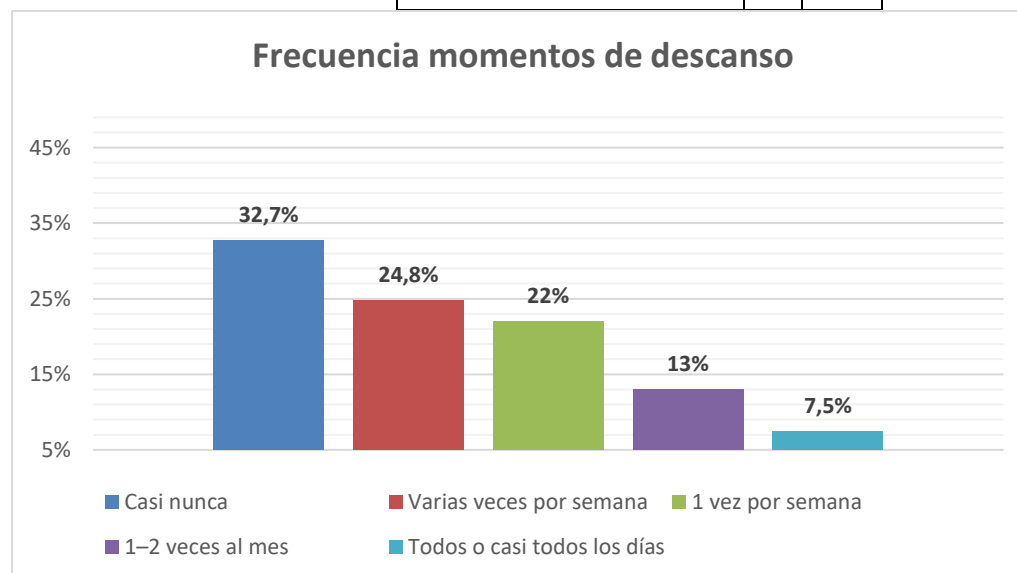
Aunque un gran porcentaje reporta menos de un año en laborales de cuidado, siendo el 15% quienes realizan estas labores hace menos de 6 meses y, el 41,3% hace 6 meses a 1 año. Se confirma que dentro del programa coexisten experiencias de cuidado de larga duración, donde el 16,1% declara 7 años o más, lo que indica un grupo que probablemente ha sostenido el cuidado por periodos prolongados. Esto tensiona una solución “única” de contenidos: no todos están en etapa de entrada; parte de la muestra podría estar en fase de sostenimiento y desgaste acumulativo.

Implicancias para la gestión del programa:

1. Dado el peso de cuidadores/as con ≤ 1 año, podría ser útil asegurar un “tramo de entrada” (onboarding) con herramientas básicas: organización de tareas, priorización, manejo de información y autocuidado inicial, sin asumir aún niveles de carga específicos.
2. Considerando el 16,1% con 7+ años, podría evaluarse complementar con recursos para trayectorias largas: sostén emocional, estrategias de continuidad y prevención de desgaste.

Tabla C6. Frecuencia de descanso (P2.12) (n=254)

Categoría	n	%
Casi nunca	83	32,7
Varias veces por semana	63	24,8
1 vez por semana	56	22,0
1–2 veces al mes	33	13,0
Todos o casi todos los días	19	7,5



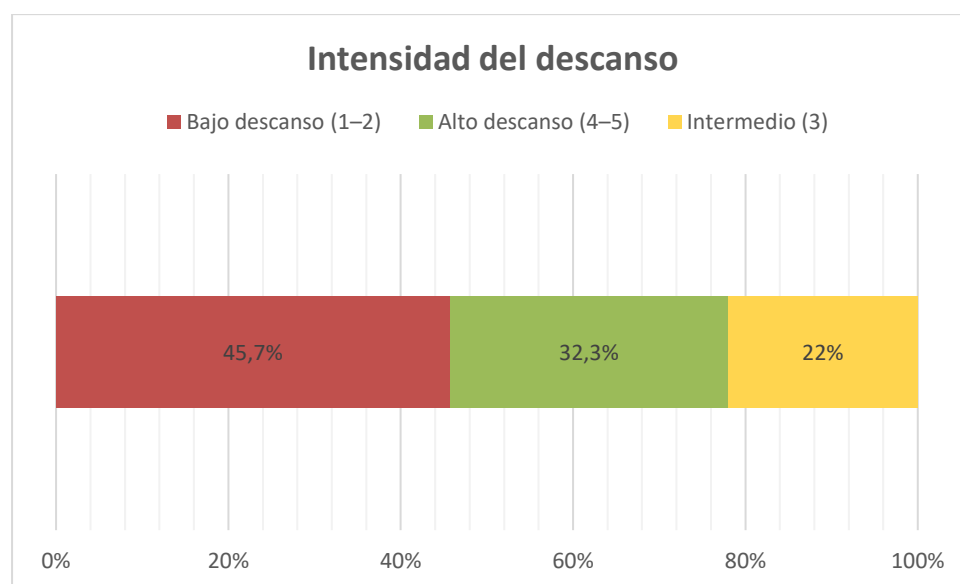
La frecuencia de descanso sugiere realidades muy distintas dentro de la población participante del estudio. En primer lugar, un 32,7% declara que descansa “casi nunca”, lo que describe una experiencia de cuidado donde la pausa aparece prácticamente fuera de la rutina. A esto se suma un 13,0% que logra descansar “1–

2 veces al mes”, es decir, con un patrón más bien episódico: no es ausencia total de descanso, pero tampoco un mecanismo regular de recuperación. En el otro extremo, se observa un bloque relevante que sí reporta descanso con cierta regularidad semanal, 22,0% indica descansar “1 vez por semana”, mientras que 24,8% señala descansar “varias veces por semana”, sugiriendo mayor integración del descanso en la organización cotidiana del cuidado. Finalmente, el descanso “todos o casi todos los días” es minoritario 7,5%.

Agrupado:

categoria	n	Pct	denominador
Bajo descanso (1–2)	116	45,7%	254
Alto descanso (4–5)	82	32,3%	254
Intermedio (3)	56	22%	254

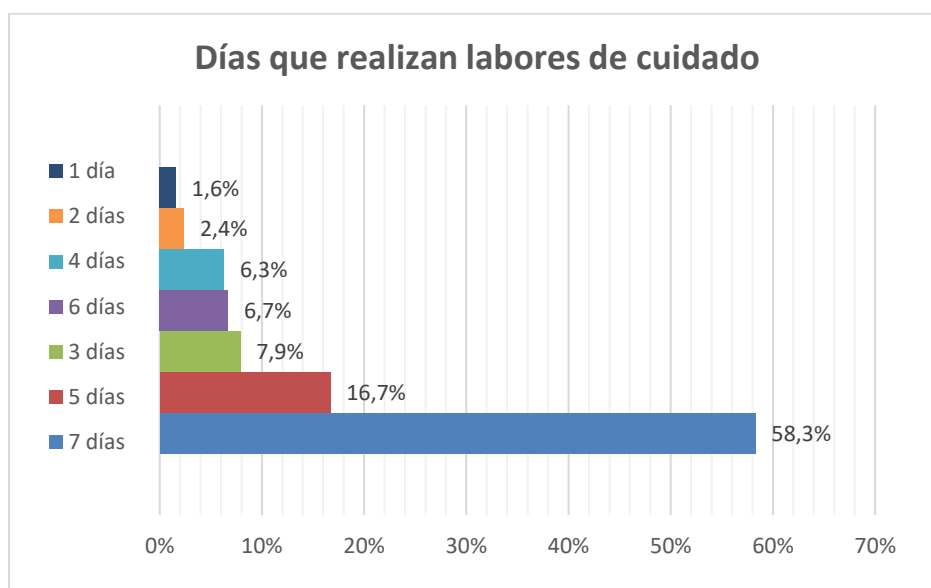
Código	Alternativa
1	Casi nunca
2	1 o 2 veces al mes
3	1 vez por semana
4	Varias veces por semana
5	Todos o casi todos los días



Esta lectura se vuelve más operativa cuando se observa agrupado: 45,7% queda clasificado en “bajo descanso (1–2)”, mientras 32,3% se ubica en “alto descanso (4–5)”, y 22,0% en un nivel intermedio (3). Esto sugiere que casi la mitad presenta un patrón de descanso bajo, y cerca de un tercio reporta niveles altos de descanso, configurando una distribución que no es homogénea y que puede ser clave para interpretar la carga operativa (por ejemplo, días por semana, horas diarias y disponibilidad para ausentarse).

Tabla C7. Días/semana con cuidado (P2.13) (n=252)

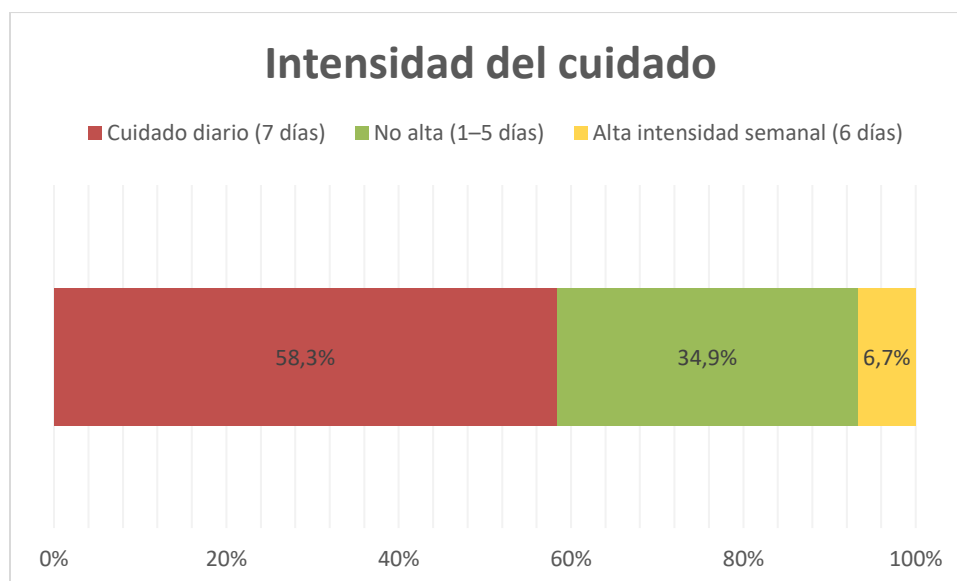
Categoría	n	%
7 días	147	58,3
5 días	42	16,7
3 días	20	7,9
6 días	17	6,7
4 días	16	6,3
2 días	6	2,4
1 día	4	1,6



Resultados principales:

La distribución de días por semana dedicados al cuidado muestra una rutina que, para una parte mayoritaria se aproxima a un régimen continuo. En particular, 58,3% declara realizar cuidado los 7 días de la semana, lo que sugiere que el cuidado se organiza como una actividad sin pausas estructurales dentro del calendario semanal. A cierta distancia aparece el cuidado de 5 días (16,7%; n=42/252), mientras que los esquemas de 1 a 4 días son minoritarios en conjunto, con proporciones individuales bajas (por ejemplo, 4 días 6,3%; 3 días 7,9%; 2 días 2,4%; 1 día 1,6%).

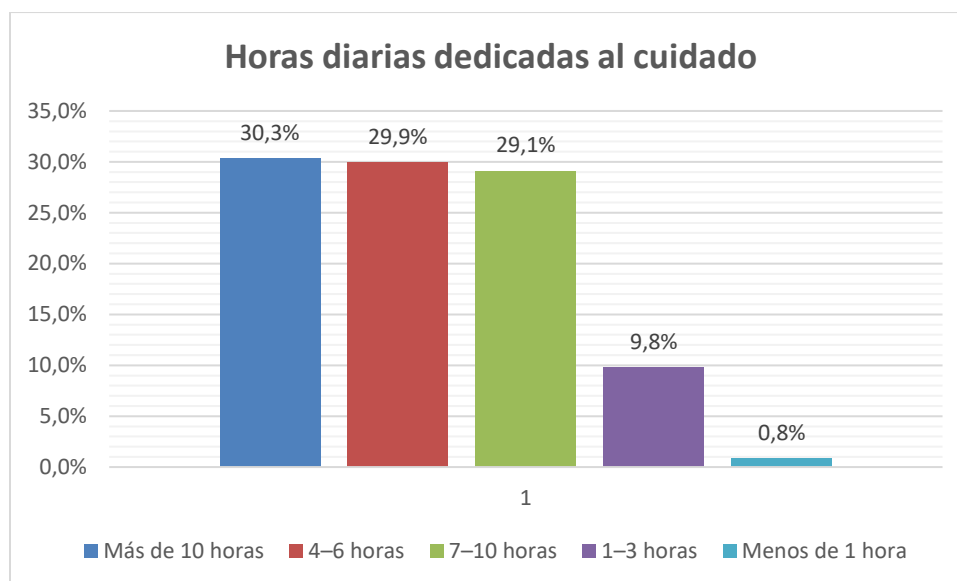
- Cuidado diario (7 días): 58,3% (n=147/252)
- No alta (1–5 días): 34,9% (n=88/252)
- Alta intensidad semanal (6 días): 6,7% (n=17/252)



Por otro lado, cuando se agrupa por “intensidad semanal” se refuerza esta lectura al considerar tres perfiles. El primer grupo es aquel que realiza un “cuidado diario” (7 días) con el 58,3%. Por otro lado, quienes presentan “alta intensidad semanal” (6 días) corresponde en los datos a 6,7%. Mientras que, si agrupamos aquellos que se encuentran en intensidad “No alta” (1-5 días)” son el 34,9% de la población del estudio, representando a quienes tienen un patrón semanal de menor frecuencia relativa.

Tabla C8. Horas diarias dedicadas (P2.14) (n=254)

Categoría	n	%
Más de 10 horas	77	30,3
4-6 horas	76	29,9
7-10 horas	74	29,1
1-3 horas	25	9,8
Menos de 1 hora	2	0,8



Resultados principales:

- Jornada extensa (7-10 y más): 59,4% (n=151/254)
- No extensa ($\leq 6h$): 40,6% (n=103/254)

La dedicación diaria al cuidado se concentra en tramos altos y dibuja un escenario donde, para una proporción amplia de cuidadores/as, el cuidado se asemeja a una jornada extendida. Los tres tramos más frecuentes son todos intensivos en tiempo: 4-6 horas (29,9%) 7-10 horas (29,1%) y más de 10 horas (30,3%). En conjunto, esto implica que 89,3% dedica 4 horas o más al día. Mientras que 6 de cada 10 se sitúa en la franja de mayor exigencia temporal, vale decir, el 59,4% declara dedicar 7 horas o más diariamente.

Al sintetizar los tramos, se puede clasificar en dos jornadas, donde el 59,4% queda clasificado como jornada extensa (7-10 y más), mientras 40,6% se ubica en no extensa ($\leq 6h$). En términos descriptivos, esto sugiere que la experiencia cotidiana del cuidado está atravesada, para una mayoría, por una demanda temporal alta.

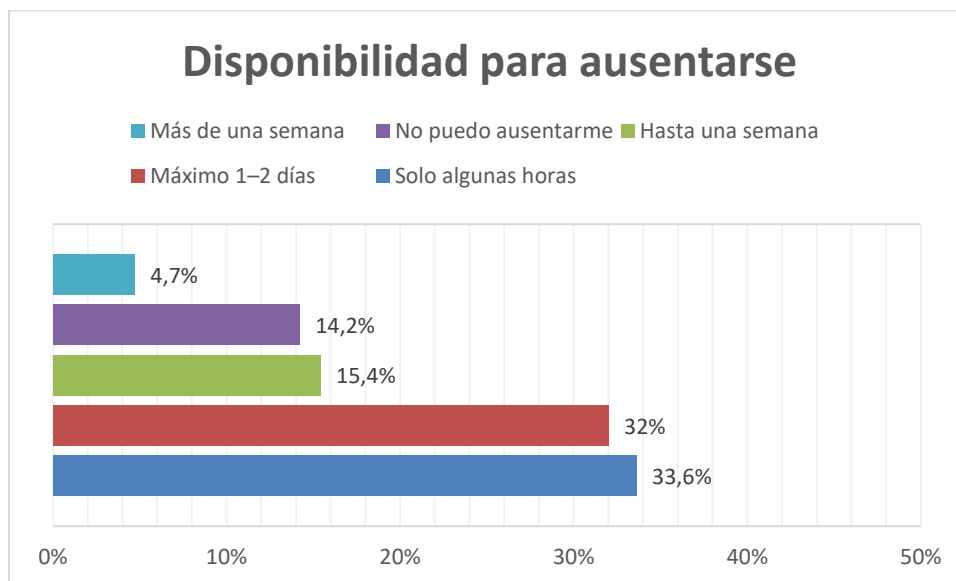
Implicancias para la gestión del programa:

Dado que una proporción alta reporta dedicar ≥ 7 horas diarias, podría ser útil que el programa asuma explícitamente restricciones de tiempo y fatiga en la experiencia cotidiana de los/as participantes, privilegiando recursos aplicables en contexto (herramientas prácticas, formatos breves, apoyos "justo a tiempo"). Asimismo, la presencia de un 30,3% que declara más de 10 horas diarias sugiere un grupo potencialmente más expuesto a tensiones operativas.

Tabla C9. Disponibilidad para ausentarse (P2.15) (n=253)

Categoría	n	%
Solo algunas horas	85	33,6
Máximo 1-2 días	81	32,0

Hasta una semana	39	15,4
No puedo ausentarme	36	14,2
Más de una semana	12	4,7



Síntesis operativa

- Restricción alta (1-2): 47,8% (n=121/253)
- Restricción media (3): 32,0% (n=81/253)
- Restricción baja (4-5): 20,2% (n=51/253)

La disponibilidad para ausentarse muestra que, para una parte importante de cuidadores/as, el cuidado funciona como un rol con margen acotado de reemplazo. Las dos respuestas más frecuentes se ubican en horizontes de ausencia muy cortos: “solo algunas horas” (33,6%) y “máximo 1-2 días” (32,0%; n=81/253). En conjunto, esto implica que 65,6% (n=166/253) no puede ausentarse más allá de dos días, lo que sugiere que, aun cuando exista algún relevo, este tiende a operar en ventanas breves y no en periodos extendidos. Junto a eso, destaca un 14,2% que declara directamente “no puedo ausentarme”, reflejando un escenario de alta dependencia del cuidado respecto de la presencia del/la cuidador/a.

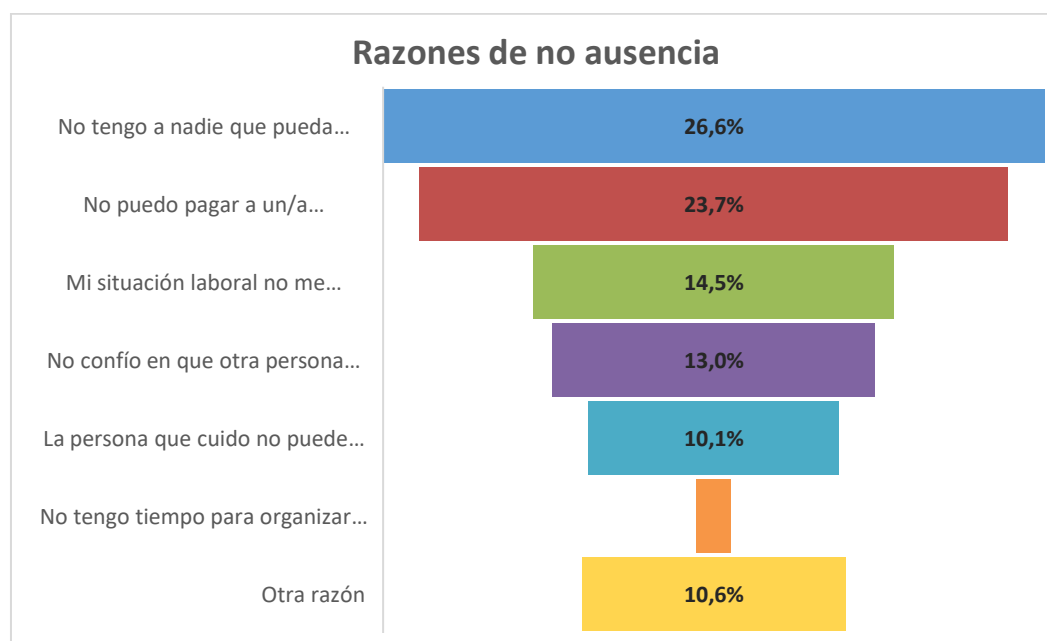
En el extremo contrario, la capacidad de ausentarse por periodos más largos es minoritaria: 15,4% reporta que puede ausentarse hasta una semana y 4,7% más de una semana. Reforzando la idea de que el descanso en las labores de cuidados, no es frecuente en la población participante del estudio.

Al sintetizar los tramos en niveles de restricción, se observa que 47,8% se ubica en una restricción alta, 32,0% en un nivel medio y 20,2% en restricción baja. Esta síntesis sugiere que, para cerca de la mitad de los encuestados, la capacidad de ausentarse está estructuralmente limitada, lo que resulta especialmente relevante para interpretar la carga operativa del módulo en conjunto (por ejemplo, horas diarias y días a la semana).

P2.15a — Razones para no poder tomar vacaciones o ausentarse por más tiempo del cuidado (múltiple respuesta)

N:207

No tengo a nadie que pueda reemplazarme en el cuidado	26,6%
No puedo pagar a un/a cuidador/a suplente	23,7%
Mi situación laboral no me permite tener descansos prolongados o tomar vacaciones	14,5%
No confío en que otra persona pueda cuidarle adecuadamente	13%
La persona que cuido no puede quedarse con otra persona	10,1%
No tengo tiempo para organizar reemplazos	1,4%
Otra razón	10,6%



Las razones declaradas para no poder ausentarse por más tiempo del cuidado muestran que la restricción no se explica por un único factor, sino por una combinación de barreras que se solapan entre sí. En primer lugar, predomina con claridad la dimensión estructural de disponibilidad de relevo: 26,6% declara no tener a nadie que pueda reemplazarle, lo que sugiere que, para una parte relevante, el cuidado depende de una presencia personal difícil de sustituir. Muy cerca aparece la barrera económica, con 23,7% que señala no poder pagar un/a cuidador/a suplente, instalando un problema de acceso a soluciones de reemplazo incluso cuando pudieran existir opciones fuera del entorno cercano.

A estas restricciones se suman razones que apuntan a la calidad percibida del reemplazo y a las condiciones de la persona cuidada: 13,0% declara no confiar en que otra persona cuide adecuadamente y 10,1% indica

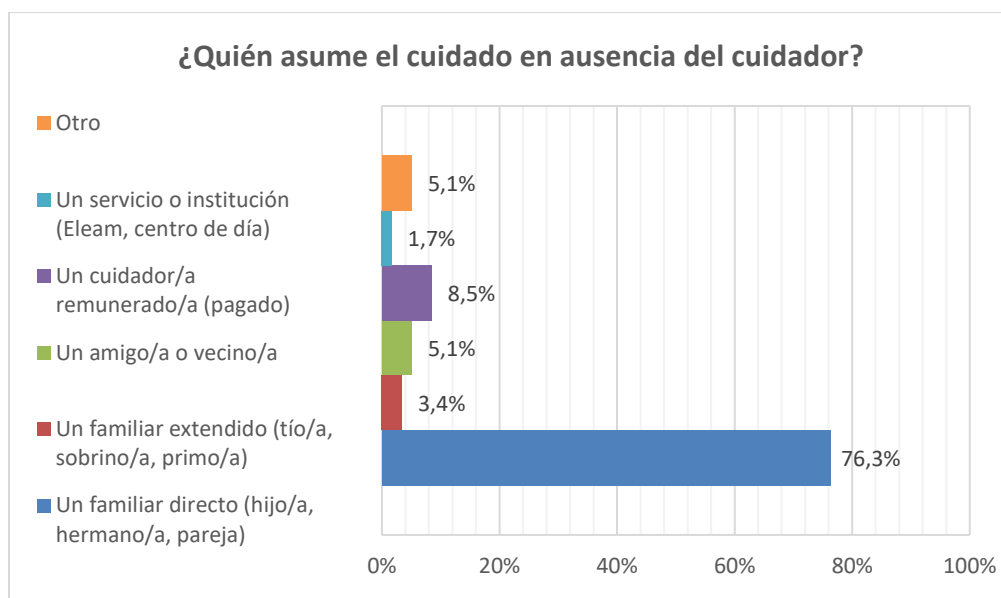
que la persona cuidada no puede quedarse con otra persona. Estas dos dimensiones sugieren que la sustitución no es solo un problema de “existencia” de alguien disponible, sino también de confianza, adecuación del cuidado y tolerancia al cambio, elementos que suelen hacer que el relevo sea más difícil de activar en la práctica. Complementariamente, 14,5% atribuye la imposibilidad de ausentarse a la situación laboral, lo que introduce una capa adicional, para parte de los participantes, la restricción no proviene únicamente del cuidado en sí, sino de cómo se articula con obligaciones y condiciones de trabajo. En contraste, la alternativa “no tengo tiempo para organizar reemplazos” es marginal (1,4%) lo que sugiere que la barrera dominante no es tanto logística, como de recursos, disponibilidad y viabilidad del reemplazo.

La categoría “Otra razón” (10,6%) no cambia este panorama, pero sí lo matiza, donde se observan principalmente menciones a **limitaciones económicas** (por ejemplo, imposibilidad de financiar apoyos o servicios), situaciones donde la persona cuidada no se queda con terceros o el/la cuidador/a **opta por llevarla consigo**, incluyendo referencias a **temor a que ocurra algo en ausencia**, además de casos de **sobrecarga por múltiples responsabilidades de cuidado** (hijos/as, nietos/as u otras personas dependientes) y relatos de distribución desigual del cuidado en la familia. Esto sugiere que muchas veces no introduce motivos completamente nuevos, sino que explicita condiciones concretas (miedo, simultaneidad de cuidados, precariedad de apoyos) que ayudan a entender por qué la ausencia prolongada se vuelve difícil incluso cuando en teoría podría existir algún relevo.

P2.15b — ¿Quién asume principalmente el cuidado cuando te ausentas? (solo P2.15 = 4 o 5)

N:59

1)Un familiar directo (hijo/a, hermano/a, pareja)	76,3%
2)Un familiar extendido (tío/a, sobrino/a, primo/a)	3,4%
3)Un amigo/a o vecino/a	5,1%
4)Un cuidador/a remunerado/a (pagado)	8,5%
5)Un servicio o institución (Eleam, centro de día)	1,7%
6)Otro	5,1%



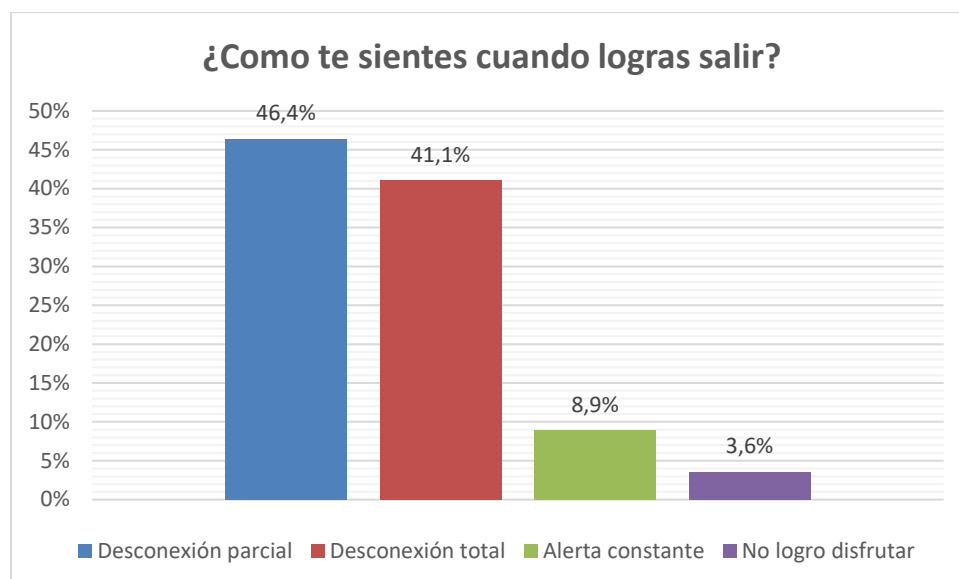
Dentro del subgrupo que declara poder ausentarse por periodos más largos, la continuidad del cuidado depende mayoritariamente de redes familiares directas: 76,3% señala que quien asume principalmente es un/a hijo/a, hermano/a o pareja. Esto sugiere que, incluso cuando existe margen para ausencias medias o prolongadas, el cuidado tiende a sostenerse en vínculos cercanos disponibles, más que en soluciones institucionales o externas. En efecto, el uso de cuidador/a remunerado/a aparece como opción minoritaria (8,5%) y el recurso a servicios o instituciones es excepcional (1,7%), lo que refuerza un patrón centrado en la familia.

Las respuestas “Otro” (5,1%) complementan esta lectura mostrando que, en algunos casos, la ausencia es viable no tanto porque exista un tercero que reemplace, sino porque la persona cuidada tiene **autonomía suficiente** (“ellos mismos” / “autovalente”) o porque el cuidado puede organizarse mediante **planificación previa** (por ejemplo, dejar medicación e indicaciones). Aunque estas menciones son pocas, aportan un matiz relevante: la posibilidad de ausentarse puede depender tanto de la disponibilidad de red como de la autovalencia y de la capacidad de organizar el cuidado para periodos acotados.

P2.15c — Cuando logras salir o tomarte unos días fuera, ¿cómo te sientes generalmente? (solo P2.15 = 4 o 5)

N:56

categoría	%
Desconexión parcial	46,4%
Desconexión total	41,1%
Alerta constante	8,9%
No logro disfrutar	3,6%

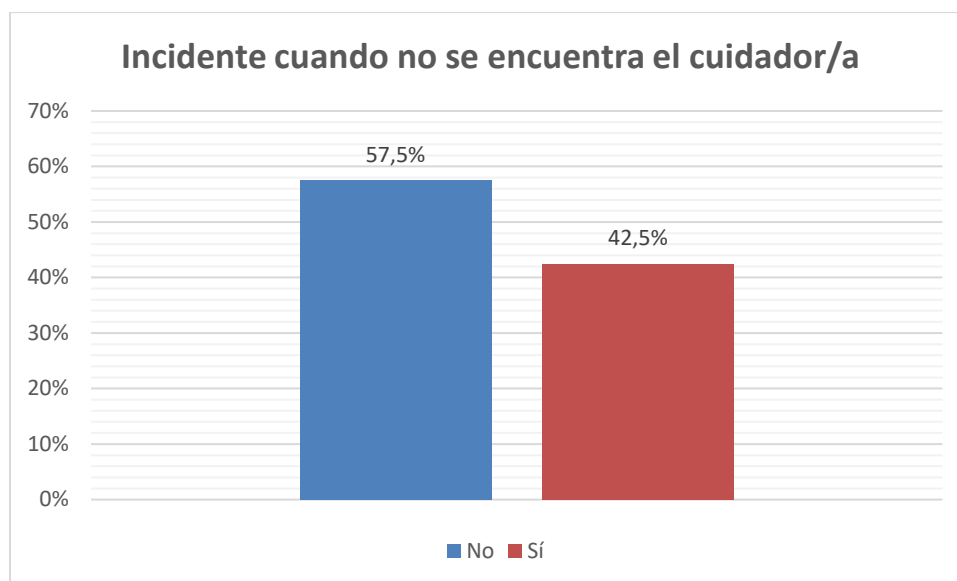


Entre quienes declaran poder ausentarse por periodos de hasta una semana o más ($n=56$), la experiencia subjetiva al salir muestra que la “ausencia” no equivale necesariamente a desconexión plena del rol de cuidado. La categoría más frecuente es la desconexión parcial (46,4%): **se disfruta, pero se mantiene la atención en el teléfono o en lo que ocurre en casa**. Esto sugiere que, incluso cuando existen condiciones operativas para salir, el cuidado sigue presente como vigilancia a distancia o monitoreo intermitente. En paralelo, un 41,1% reporta desconexión total, lo que indica que para una proporción también importante sí es posible descansar y disfrutar sin mantenerse pendiente.

Al mismo tiempo, aparece un segmento minoritario pero relevante que experimenta la salida con alta tensión: 8,9% declara estar en alerta constante y 3,6% indica que no logra disfrutar, asociándolo a culpa o miedo de estar lejos. En conjunto, 12,5% muestra una dificultad marcada para relajarse o disfrutar aun cuando se produce la ausencia. Esto plantea que la posibilidad de “salir” tiene al menos dos capas: una operativa (poder ausentarse) y una emocional (poder desconectarse), que no siempre coinciden.

Tabla C10. Incidentes cuando no estaba (P2.16) ($n=254$)

Categoría	n	%
No	146	57,5
Sí	108	42,5

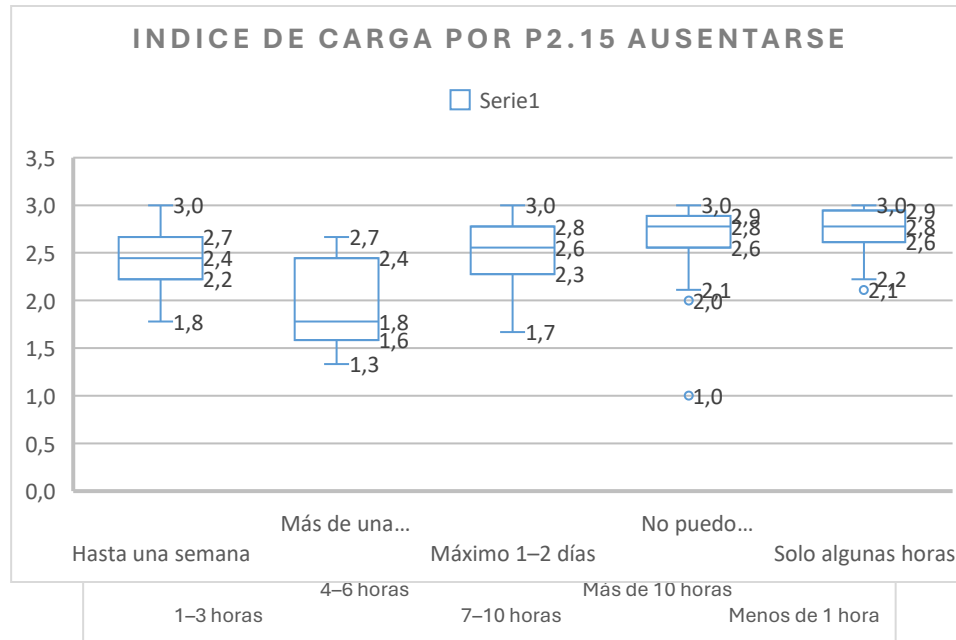


C.4. Relación entre organización del cuidado y carga operativa (índice 1–3)

Se evaluó la asociación entre el **Índice de carga operativa (1–3)** y los factores P2.10–P2.16 mediante correlaciones (Spearman) cuando aplica y contraste de diferencias (Kruskal-Wallis), reportando tamaño de efecto (ε^2) para interpretar relevancia práctica.

Tabla C11. Asociación entre factores (P2.10–P2.16) y carga operativa (índice 1–3)

Factor	Evidencia estadística	Tamaño de efecto
Responsabilidad (P2.10)	KW $p \approx 8,6e-08$	$\varepsilon^2 \approx 0,13$ (moderado)
Antigüedad (P2.11)	Spearman $\rho \approx 0,25$ ($p < 0,001$); KW $p \approx 0,0012$	efecto menor
Descanso (P2.12)	Spearman $\rho \approx -0,35$ ($p < 0,001$); KW $p \approx 2,4e-06$	$\varepsilon^2 \approx 0,11$
Días/semana (P2.13)	Spearman $\rho \approx 0,38$ ($p < 0,001$); KW $p \approx 9,8e-08$	$\varepsilon^2 \approx 0,15$
Horas/día (P2.14)	Spearman $\rho \approx 0,46$ ($p < 0,001$); KW $p \approx 2,0e-11$	$\varepsilon^2 \approx 0,21$ (alto; de los mayores)
Ausentarse (P2.15)	Spearman $\rho \approx -0,39$ ($p < 0,001$); KW $p \approx 1,7e-09$	$\varepsilon^2 \approx 0,17$
Incidentes (P2.16)	KW $p \approx 0,139$	ns



- La evidencia converge en que la intensidad temporal del cuidado (especialmente horas/día y días/semana) es el eje con mayor peso en la explicación de la carga operativa: cuando el cuidado ocupa gran parte de la jornada y se extiende durante toda la semana, el índice se desplaza de manera consistente hacia niveles más altos, con tamaños de efecto entre moderados y altos.
- Un segundo componente estructurante es la baja “pausabilidad” del rol: menos descanso y menor capacidad de ausentarse se asocian de forma robusta con mayor carga (correlaciones negativas y contrastes significativos), lo que sugiere que no solo importa “cuánto” tiempo, sino también la posibilidad real de interrumpir el cuidado sin consecuencias.
- La responsabilidad del cuidado se comporta como un marcador relevante: modalidades más concentradas en una sola persona tienden a alinearse con mayor carga, mientras que esquemas de apoyo/compartición muestran un patrón de menor exigencia operativa.
- La antigüedad presenta asociación significativa pero de magnitud menor, consistente con un fenómeno de adaptación parcial (aprendizajes y rutinas) que no necesariamente contrarresta el aumento de demandas cuando la intensidad del cuidado es alta.
- La ausencia de asociación estadística para incidentes cuando el/la cuidador/a no estaba refuerza que el índice 1-3 captura principalmente una carga cotidiana y estructural, menos dependiente de episodios puntuales.

C.5. Modelo multivariado (OLS): factores simultáneos P2.10–P2.16 por carga operativa (índice 1–3)

Se estimó un modelo OLS usando como variable dependiente el **Índice de carga operativa (1–3)** y como predictores los factores categóricos P2.10–P2.16 (con categorías de referencia explícitas).

Tabla C12. Ajuste del modelo OLS (carga operativa por P2.10–P2.16)

Modelo	n final	R ²	R ² ajustado
OLS: carga_operativa (1–3) ~ factores (P2.10–P2.16)	251	0,432	0,366

Categorías de referencia (baseline) del modelo:

P2.10: Único/a responsable

P2.11: 1 a 3 años

P2.12: Casi nunca

P2.13: 7 días

P2.14: Más de 10 horas

P2.15: Solo puedo ausentarme algunas horas

P2.16: No

Resultados clave del modelo (coeficientes interpretables):

Al controlar simultáneamente por el resto de factores, las diferencias más consistentes se concentran en **horas/día** y **capacidad de ausentarse**, lo que es coherente con los tamaños de efecto observados en análisis bivariados.

- **Horas/día (P2.14):** en comparación con “**Más de 10 horas**”, se observa **menor carga operativa** en:
 - 1 a 3 horas:** $\beta = -0,3804$ ($p \approx 1,47e-06$)
 - 4 a 6 horas:** $\beta = -0,1411$ ($p \approx 0,0117$)
 - Menos de 1 hora:** $\beta = -0,6099$ ($p \approx 0,009$) (*interpretación con cautela por n muy bajo en esta categoría*)
 - 7 a 10 horas:** no significativo ($p \approx 0,456$)
- **Ausentarse (P2.15):** versus “**Solo algunas horas**”, presentan **menor carga operativa**:
 - Ausencia media (hasta una semana):** $\beta = -0,1441$ ($p \approx 0,0275$)
 - Ausencia prolongada (> una semana):** $\beta = -0,4181$ ($p \approx 0,000296$)

Otras categorías: no significativas al controlar por el resto.
- **P2.10, P2.11, P2.12, P2.13 y P2.16:** no muestran coeficientes estadísticamente significativos en el modelo simultáneo, lo que sugiere que parte importante de su asociación con la carga se canaliza por **tiempo efectivo** y **posibilidad de pausa**, especialmente **horas/día** y **ausentabilidad**.

- El patrón sugiere que intervenciones orientadas a **reducción de jornada efectiva** (redistribución de tareas, soporte instrumental) y a **habilitar pausas reales** (respiro, reemplazo temporal, coordinación de apoyos) tienen mayor probabilidad de mover el índice de carga en términos prácticos.

C.6. P2.16b — Text analytic de incidentes cuando el/la cuidador/a no estaba (razones y tipos de incidentes)

Se realizó un **análisis temático** de las respuestas abiertas de P2.16b para identificar **tipologías recurrentes de incidentes** y estimar su **frecuencia**. El conteo se presenta como **menciones por tema** (una respuesta puede contener más de un tema).

En las respuestas recibidas se identificaron **105 relatos**, de los cuales **3 fueron muy breves/no informativos** y se excluyen del conteo temático. Denominador del análisis temático: **n=102**.

Tabla C13. Frecuencia de temas en P2.16b (menciones por tema; n=102 relatos clasificables)

Tema	n (menciones)	% sobre relatos (n=102)
Caídas y traumatismos	39	38,2%
Errores u olvidos de medicación	29	28,4%
Descompensaciones y urgencias médicas	25	24,5%
Alimentación e hidratación (horarios, omisión, desorden)	21	20,6%
Seguridad y riesgos domésticos (cocina/gas/cortes/quemaduras/atragantamiento)	15	14,7%
Fallas del relevo / descuidos de terceros	8	7,8%
Desorientación / deambulación / extravío	5	4,9%
Aspectos emocionales y conductuales	3	2,9%

Principales temas identificados (con evidencia cualitativa):

1) Caídas y traumatismos (38,2%)

Los relatos describen caídas como el evento más recurrente, con consecuencias que van desde golpes menores hasta fracturas, cirugías u hospitalizaciones, sugiriendo un riesgo persistente de seguridad física cuando no hay supervisión directa.

- “Quedó sola mientras fui al banco y se cayó al suelo del dormitorio.”
- “Se cayó en el baño... y tuvo que ser operada; ya está en casa.”
- “Caída con fractura de brazo.”

2) Errores u olvidos de medicación (28,4%)

Aparecen omisiones (no tomar/administrar), confusiones (día/noche), y errores de administración, lo que apunta a fragilidades en la continuidad del tratamiento cuando el cuidado se delega o queda parcialmente autónomo.

- “Olvidó sus medicamentos.”
- “Se confundieron los medicamentos de día y noche.”
- “Se administró una gota de antibacterial como gota ocular.”

3) Descompensaciones y urgencias médicas (24,5%)

Se reportan crisis agudas (hipoglucemia, alzas de presión, desmayos, ACV, trombosis, pérdida de conciencia) que gatillan traslados o necesidad de atención inmediata, enfatizando la criticidad de la vigilancia clínica básica en ciertos casos.

- “Le bajó el azúcar... y le dio un ataque; tuve que llevarlo a urgencias.”
- “Me avisaron que mi padre estaba con un cuadro de ACV; tuve que volver rápidamente.”
- “Descompensación con pérdida de conciencia.”

4) Alimentación e hidratación (20,6%)

Los incidentes incluyen comidas a deshora, omisión de comidas, deshidratación y desórdenes alimentarios, a veces con repercusión clínica (p. ej., descompensación glicémica o cuadros digestivos).

- “No quiso almorzar.”
- “Comidas a deshora.”
- “Alza de presión, deshidratación y desorientación... fue auxiliada y estabilizada.”

5) Seguridad y riesgos domésticos (14,7%)

Incluye quemaduras, gas, cocina, cortes, atragantamientos y accidentes con objetos, lo que sugiere exposición a riesgos del hogar cuando la persona intenta mantener rutinas domésticas sin apoyo o cuando la supervisión se debilita.

- “Dejó dada la cocina; la casa estaba pasada a gas y no lo notó.”
- “Se quemó la cocina por un descuido.”
- “Se enterró un clavo y se atragantó con un marisco.”

6) Fallas del relevo / descuidos de terceros (7,8%)

Varios relatos atribuyen el evento a una supervisión insuficiente del relevo (familiares u otras personas a cargo), sea por omitir alimentación/medicación o por no seguir instrucciones, lo que revela un problema de coordinación y estandarización del cuidado.

- “La persona a cargo en ese momento no le dio de comer.”
- “No se le dieron los medicamentos de la noche...”
- “Mi familia... no toman con responsabilidad su cuidado.”

7) Desorientación / deambulación / extravío (4,9%)

Se describen salidas no supervisadas, desorientación y episodios de extravío dentro o fuera del hogar, con potencial de riesgo elevado cuando ocurren en espacio público.

- “Salió sola a la calle y se desmayó... la encontró un militar.”
- “Salió de la casa desorientada, cayó y se fracturó la nariz.”
- “Cuando llegué... estaba durmiendo debajo de su cama.”

8) Aspectos emocionales y conductuales (2,9%)

Algunos relatos incorporan dependencia emocional, llanto, agresividad o ansiedad ante la ausencia del cuidador/a, lo que puede amplificar riesgos indirectos (insomnio, desorganización de rutinas).

- “Mi mamá... depende mucho de mí.”
- “Se siente solo... se pierde dentro de la casa y llora.”
- “Se coloca agresiva.”

C.7. Cierre del capítulo: implicancias para “Cuidando Juntos”

En conjunto, el módulo muestra que la carga operativa (índice 1–3) se estructura principalmente por intensidad temporal del cuidado y por la capacidad de pausar o delegar sin pérdida de continuidad. Complementariamente, el análisis temático de P2.16b revela que, cuando el/la cuidador/a no está, los incidentes más frecuentes se concentran en caídas, medicación y descompensaciones, además de problemas de alimentación y seguridad doméstica. Para el programa, esto orienta prioridades prácticas: fortalecer estrategias de respiro seguro, protocolos simples de continuidad (medicación/alimentación), y acciones preventivas de seguridad en el hogar (especialmente prevención de caídas), junto con herramientas de coordinación para mejorar el desempeño del relevo cuando existe.

F. MÓDULO D: CARGA EMOCIONAL Y BIENESTAR DEL/LA CUIDADOR/A

Unidad de análisis: Cuidador/a

Base válida: n = 254

Este módulo analiza la experiencia emocional del rol de cuidado desde dos perspectivas complementarias:

1. La carga emocional cotidiana asociada al cuidado
2. El bienestar emocional percibido en las últimas semanas, junto con su relación con variables del contexto del cuidado.

El análisis combina técnicas cuantitativas y cualitativas. En el plano cuantitativo, se construye un índice de carga emocional a partir de una batería de ítems tipo Likert, evaluando previamente su calidad psicométrica. En el plano cualitativo, se incorporan respuestas abiertas que permiten contextualizar y profundizar la comprensión de los resultados numéricos. El objetivo es identificar patrones de desgaste emocional, factores asociados y grupos de mayor vulnerabilidad, aportando evidencia para la mejora del programa formativo de AIEP.

D.1 Construcción de la escala de carga emocional (P3.2)

Pregunta: *Indica cuánto estás de acuerdo con cada frase*” (1 = Muy en desacuerdo ... 5 = Muy de acuerdo)

La batería P3.2 está compuesta por 15 ítems que abordan distintas dimensiones de la carga emocional del cuidado, incluyendo preocupación constante, cansancio físico, esfuerzo emocional, pérdida de independencia, dificultades para desconectarse del rol y sobrecarga de responsabilidades.

Construcción del índice de carga emocional:

El índice de carga emocional (P3.2) se construye como el promedio simple de los ítems válidos, bajo el siguiente criterio:

- Se requiere que cada cuidador/a tenga respondidos al menos el 70% de los ítems (≥ 11 de 15) para que su índice sea considerado válido.
- Esta regla busca asegurar estabilidad estadística del puntaje individual y evitar distorsiones derivadas de respuestas incompletas.

Nota metodológica: Este índice se basa en la escala reducida de sobrecarga (Zarit), transformando las respuestas promedio a una puntuación estandarizada de 0 a 100 para facilitar su lectura comparativa.

Confiabilidad interna de la escala:

Tabla D1-A. Confiabilidad interna de la escala P3.2 (Carga emocional)

unidad	escala	k_items	n_complete	alpha	umbral
Cuidador/a	P3.2 (carga emocional) - 15 ítems	15	254	0,9564	0,7

La escala presenta una consistencia interna estadísticamente muy alta ($\alpha = 0,9564$), ampliamente superior al umbral aceptado ($\alpha \geq 0,70$). Este resultado valida, desde el punto de vista estadístico, el uso de un índice resumen para medir la carga emocional asociada al rol de cuidador/a.

Descriptivos del índice emocional:

Tabla D1-B. Estadísticos descriptivos del índice de carga emocional (P3.2)

Unidad	n_valido_indice	media	sd	mediana	p25	p75	min	max	regla_validos
Cuidador/a	254	3,674	0,922	3,8	3,067	4,4	1	5	>=70% ítems válidos (>= 11 de 15)

El índice presenta una media de 3,674 y una mediana de 3,8, ambas por sobre el punto medio de la escala (3). Esto indica que, en promedio, los/as cuidadores/as experimentan niveles elevados de carga emocional, con una dispersión relevante ($DE = 0,922$), lo que sugiere heterogeneidad en la intensidad del desgaste emocional.

D.2 Carga emocional asociada al rol de cuidado -Pregunta P3.2 (batería completa)

El análisis por ítem permite identificar qué aspectos del cuidado concentran mayor carga emocional, a partir de la proporción de cuidadores/as que declara estar “De acuerdo” o “Muy de acuerdo” con cada afirmación (Top 2 Box, T2B).

Tabla D2-A. Distribución porcentual de respuestas por ítem P3.2 y Top 2 Box

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	T2B
<i>Siento preocupación constante por la persona que cuido.</i>	2,8%	4,7%	9,8%	36,2%	46,5%	82,7 %
<i>Siento que el cuidado implica un esfuerzo emocional muy grande.</i>	5,1%	5,9%	12,2%	35,4%	41,3%	76,7 %
<i>Me siento cansado/a físicamente al final del día.</i>	3,9%	7,9%	15,4%	34,3%	38,6%	72,9 %
<i>Me cuesta desconectarme mentalmente del rol de cuidador/a.</i>	3,1%	13%	17,7%	34,3%	31,9%	66,2 %
<i>Siento que tengo poco tiempo para mí mismo/a.</i>	3,5%	13,8%	19,7%	31,1%	31,9%	63%
<i>A veces me siento sobrepasado/a por la cantidad de tareas.</i>	7,5%	13,4%	17,3%	35%	26,8%	61,8 %

<i>Siento que he perdido parte de mi independencia o libertad personal.</i>	5,1%	14,2%	19,3%	29,9%	31,5%	61,4%
<i>A veces siento que la persona que cuido depende demasiado de mí.</i>	4,3%	14,2%	20,5%	26,8%	34,3%	61,1%
<i>Siento que mi energía no es suficiente para todas mis tareas.</i>	6,7%	14,2%	18,9%	36,2%	24%	60,2%
<i>Siento que tengo más responsabilidades de las que puedo manejar por mi rol de cuidador/a.</i>	5,1%	12,2%	24%	34,3%	24,4%	58,7%
<i>Me cuesta pedir ayuda cuando la necesito.</i>	4,3%	19,3%	19,7%	31,5%	25,2%	56,7%
<i>He sentido tristeza o desánimo en relación con el cuidado.</i>	9,4%	16,9%	17,7%	31,5%	24,4%	55,9%
<i>Me siento agotada/o por la cantidad de tiempo y energía que debo dedicar al cuidado.</i>	5,1%	15,7%	24%	31,5%	23,6%	55,1%
<i>He tenido dificultades para dormir debido al cuidado.</i>	6,7%	20,1%	24%	22,4%	26,8%	49,2%
<i>Me siento tenso/a o inquieto/a por mi labor de cuidador</i>	8,3%	18,9%	27,2%	26,8%	18,9%	45,7%

Las proporciones Top 2 Box representan la prevalencia de acuerdo con cada afirmación y permiten identificar los aspectos del cuidado que generan mayor carga emocional.



Los mayores niveles de carga emocional se concentran en un núcleo central de experiencias:

- Preocupación constante por la persona cuidada (82,7% T2B).
- Esfuerzo emocional muy grande (76,7% T2B).
- Cansancio físico al final del día (72,9% T2B).
- Dificultad para desconectarse mentalmente del rol de cuidador/a (66,2% T2B).
- Poco tiempo para sí mismo/a (63,0% T2B).

Estos resultados indican que la carga emocional no se limita a estados afectivos puntuales, sino que se articula con una sobrecarga estructural del rol, caracterizada por alta centralidad del cuidado, desgaste físico sostenido y restricción de la vida personal.

D.3 Bienestar emocional reciente del/la cuidador/a (P3.3) - “En general, ¿cómo describirías tu bienestar emocional en las últimas semanas?” (Escala: 1 = Muy bueno 5 = Muy malo)

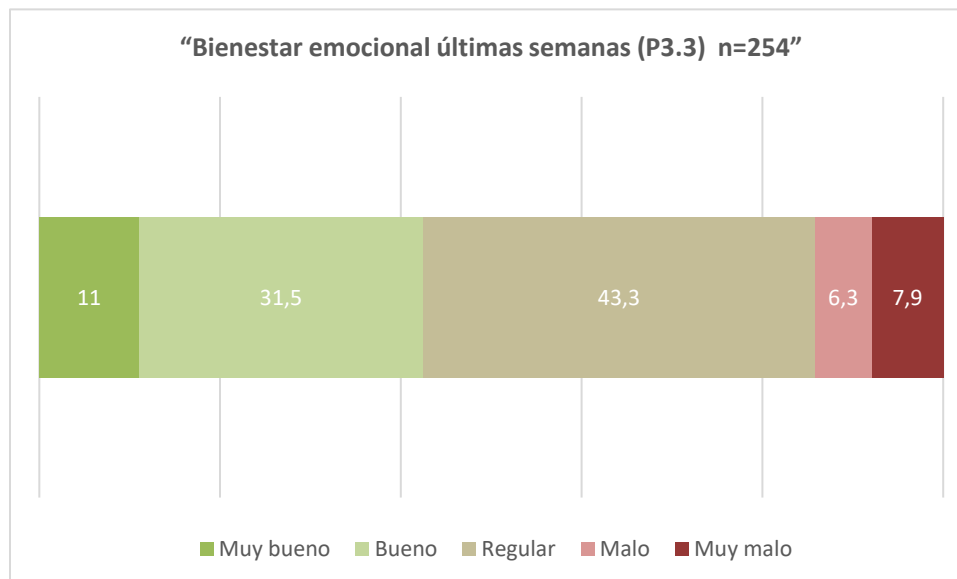
- *Nota: Para el análisis, la variable se recodifica como 6 – P3.3, de modo que valores más altos representan mejor bienestar.*

Tabla D3-A. Distribución del bienestar emocional (P3.3)

Variable	categoria	n	pct
Bienestar (P3.3) <i>En general, ¿cómo describirías tu bienestar emocional en las últimas semanas?</i>	Regular	110	43,3%
	Bueno	80	31,5%
	Muy bueno	28	11,0%
	Muy malo	20	7,9%
	Malo	16	6,3%

La categoría modal es “Regular”, lo que indica que una proporción significativa de cuidadores/as se sitúa en un estado emocional intermedio, sin declararse plenamente bien ni abiertamente mal.

Figura D3.1. Distribución del bienestar emocional reciente (P3.3)



El resultado muestra un predominio claro del bienestar “Regular”, que concentra 4 de cada 10 cuidadores/as. Esto sugiere un estado emocional intermedio, sin declararse abiertamente negativo, pero tampoco plenamente positivo, consistente con un rol sostenido que exige adaptación constante.

D.4 Relación entre carga emocional y bienestar

D.4.1 Asociación entre carga emocional (P3.2) y bienestar emocional (P3.3)

Objetivo:

Evaluar si mayores niveles de carga emocional se asocian a un peor bienestar emocional percibido en las últimas semanas.

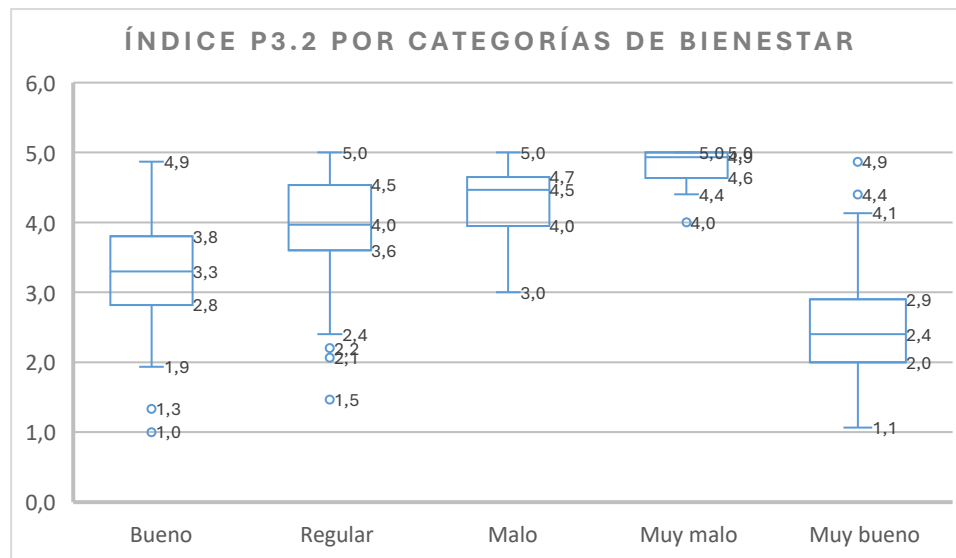
Prueba estadística:

Dado que ambas variables son de naturaleza ordinal/continua y no se asume normalidad, se utilizó una **correlación de Spearman** entre el índice de carga emocional (P3.2) y el bienestar emocional recodificado (P3.3, REC 6-bienestar, donde valores más altos indican mejor bienestar).

Cruce	n	Prueba	Estadístico	p_value	Efecto
Índice emocional × Bienestar REC	254	Spearman	-0,6428	5,28E-31	rho

El análisis muestra una **asociación negativa fuerte y estadísticamente significativa** ($\rho = -0,6428$; $p = 5,28E-31$; $n = 254$). Esto indica que, a mayor carga emocional, menor bienestar emocional percibido.

Boxplot D4.1. Relación entre índice de carga emocional (P3.2) y bienestar emocional (P3.3)



El boxplot presenta la distribución del índice de carga emocional (P3.2) para cada categoría de bienestar emocional en las últimas semanas (P3.3): Muy bueno, Bueno, Regular, Malo y Muy malo. Cada caja representa el rango intercuartílico (p25–p75), la línea central corresponde a la mediana y los puntos indican valores atípicos.

- Se observa un gradiente claro y ordenado entre bienestar y carga emocional:
 - Las personas que reportan bienestar “Muy malo” y “Malo” presentan las medianas más altas del índice de carga emocional, cercanas o superiores a 4 puntos en una escala de 1 a 5.
 - En la categoría “Regular”, la carga emocional sigue siendo elevada, con una mediana en torno a 4, pero con mayor dispersión, lo que indica heterogeneidad en la experiencia del cuidado.
 - En las categorías “Bueno” y especialmente “Muy bueno”, las medianas del índice emocional descienden de forma marcada, situándose alrededor de 3,3 y 2,4 respectivamente.
- El grupo con bienestar “Muy bueno” muestra:

- La menor carga emocional promedio,
- Pero aún con algunos casos aislados de carga alta, lo que sugiere que un buen bienestar no elimina completamente la exigencia emocional del cuidado, aunque sí la reduce de manera significativa.

D.4.2 Diferencias en carga emocional según rol de responsabilidad en el cuidado (P2.10)

- **P3.2:** Índice de carga emocional (promedio de 15 ítems Likert).
- **P2.10:** Rol de responsabilidad en el cuidado (Único/a responsable, responsable principal, Responsabilidad compartida, Cuidador/a de apoyo).

Objetivo del análisis:

Evaluar si la **carga emocional asociada al cuidado** varía según el grado de centralidad del rol que cumple el/la cuidador/a.

Resultados de la prueba estadística:

Tabla D.4.2 — Prueba Kruskal–Wallis: Índice emocional (P3.2) × Responsabilidad (P2.10)

Cruce	Denominador	Prueba	Estadístico	g	p-value	Medida de efecto	Valor efecto
Índice emocional (P3.2) × Responsabilidad (P2.10)	254	Kruskal–Wallis	26,3806	3	0,000007938	Epsilon ²	0,0935

El análisis muestra diferencias **estadísticamente significativas** en la carga emocional según el grado de responsabilidad asumida en el cuidado (Kruskal–Wallis, $p < 0,001$; Epsilon² = 0,0935).

Resultados descriptivos por grupo:

Tabla D.4.3 — Índice emocional (P3.2) por rol de responsabilidad

Rol de responsabilidad	n	Media	Mediana
Único/a responsable	89	3,875	3,933
Responsable principal	82	3,850	4,000
Responsabilidad compartida	49	3,333	3,400
Cuidador/a de apoyo	34	3,214	3,133

Los niveles más altos de **carga emocional** se concentran en:

- Único/a responsable
- Responsable principal.

Ambos grupos presentan medias cercanas a **3,9–4,0**, claramente por sobre el punto medio de la escala (3).

En contraste: Quienes declaran responsabilidad compartida o un rol de apoyo muestran niveles de carga emocional significativamente más bajos.

Este patrón sugiere que no es solo el hecho de cuidar lo que genera carga emocional, sino el grado de centralidad y exclusividad del rol.

Análisis post hoc: ¿entre qué grupos están las diferencias?

Cuando una prueba global (Kruskal–Wallis) resulta significativa, se realizan análisis post hoc para identificar qué pares de grupos difieren entre sí.

En este caso se utilizó un post hoc de Dunn/Wilcoxon con ajuste por comparaciones múltiples (BH).

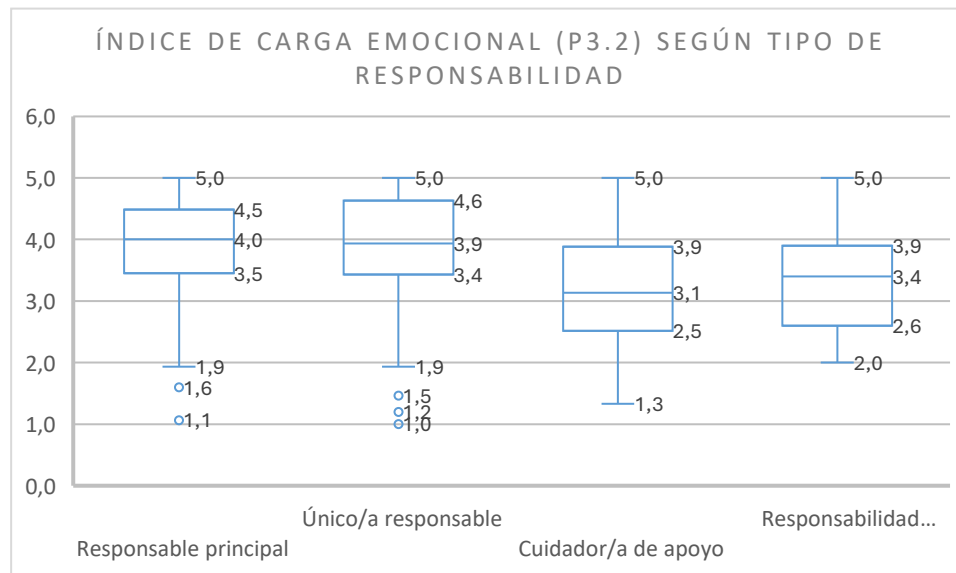
Tabla D.4.4 — Comparaciones post hoc (Índice emocional × Responsabilidad)

Grupo 1	Grupo 2	Z	p ajustada
Único/a responsable	Responsable principal	-0,2317	0,8168
Único/a responsable	Responsabilidad compartida	-3,6669	0,0006528
Único/a responsable	Cuidador/a de apoyo	-3,8115	0,0006528
Responsable principal	Responsabilidad compartida	-3,4161	0,0009528
Responsable principal	Cuidador/a de apoyo	-3,5934	0,0006528
Responsabilidad compartida	Cuidador/a de apoyo	-0,5203	0,7234

- No hay diferencias entre:
 - Único/a responsable y responsable principal (*ambos grupos presentan niveles igualmente altos de carga emocional.*)
- Sí hay diferencias estadísticamente significativas:
 - Único/a responsable > Responsabilidad compartida
 - Único/a responsable > Cuidador/a de apoyo
 - Responsable principal > Responsabilidad compartida
 - Responsable principal > Cuidador/a de apoyo
- No hay diferencias entre:
 - Responsabilidad compartida y Cuidador/a de apoyo.

El análisis post hoc confirma que las diferencias se estructuran en función de la centralidad del rol, más que del cuidado en sí.

Boxplot del índice de carga emocional (P3.2) según rol de responsabilidad (P2.10)



La carga emocional es significativamente mayor en cuidadores/as con responsabilidad única o principal, lo que evidencia un efecto claro de la centralidad del rol sobre el desgaste emocional.

El boxplot muestra diferencias claras en la distribución de la carga emocional según el rol asumido en el cuidado. Los/as cuidadores/as que declaran ser único/a responsable o responsable principal presentan medianas más altas del índice emocional y concentraciones mayores de valores elevados, evidenciando un mayor desgaste emocional. En contraste, quienes comparten la responsabilidad o cumplen un rol de apoyo exhiben niveles significativamente más bajos de carga emocional. Esta separación visual es consistente con la prueba Kruskal–Wallis ($p < 0,001$) y confirma que la centralidad del rol es un factor clave en la intensidad de la carga emocional.

En términos de diseño del programa/curso:

- Se justifica focalizar contenidos, apoyos y herramientas en cuidadores/as únicos/as y responsables principales.
- Estrategias como:
 - redistribución del cuidado
 - activación de redes
 - límites del rol
 - prevención del desgaste crónico resultan especialmente pertinentes para estos perfiles.

D.5 Análisis cualitativo: miedos y preocupaciones (P3.1) –

Pregunta: *Pensando en tu situación actual y en el futuro, ¿cuáles son tus mayores miedos o preocupaciones en relación con el cuidado? (Puede ser algo práctico, económico, temas de salud, emergencias o sentimientos personales. Escribe todo lo que se te venga a la mente).*

Las respuestas abiertas refuerzan y contextualizan los resultados cuantitativos, mostrando preocupaciones recurrentes en cinco grandes ejes:

1. Emergencias y riesgo en ausencia
2. Salud del/la cuidador/a
3. Incertidumbre económica
4. Agotamiento y pérdida de vida personal
5. Soledad y falta de apoyo

Citas ilustrativas:

- “Me preocupa enfermarme y no poder continuar con el cuidado.”
- “Que cuando me ausente se caiga y yo no esté presente.”
- “No tener el dinero suficiente para los apoyos técnicos que necesita.”
- “Siento que no tengo tiempo para mí y eso me agota.”
- “Si yo no estoy, no hay nadie más que se haga cargo.”
- “El cansancio físico y emocional es constante.”
- “Tengo miedo de no poder reaccionar bien ante una emergencia.”
- “He dejado de trabajar y eso me genera mucha incertidumbre.”
- “A veces siento que mi vida gira solo en torno al cuidado.”

Cierre del Módulo D — Síntesis e implicancias:

Los resultados del Módulo D muestran de manera consistente que el rol de cuidador/a se asocia a altos niveles de carga emocional, especialmente cuando el cuidado se ejerce de forma centralizada y sostenida. La preocupación constante, el esfuerzo emocional y el cansancio físico emergen como dimensiones estructurales del cuidado, más que como estados emocionales aislados.

El bienestar emocional de los cuidadores/as aparece mayoritariamente en un estado intermedio (“Regular”), lo que sugiere una población que logra sostener el rol, pero a costa de un desgaste significativo. La fuerte asociación negativa entre carga emocional y bienestar confirma que ambos constructos están estrechamente vinculados y que el aumento de la carga impacta directamente en la experiencia emocional del cuidador/a.

Desde una perspectiva programática, estos hallazgos indican que las acciones formativas deben ir más allá de contenidos técnicos del cuidado e incorporar herramientas explícitas para:

- Manejo de la preocupación constante y la hipervigilancia
- Prevención del desgaste físico y emocional
- Establecimiento de límites y desconexión del rol
- Activación de redes de apoyo y redistribución de responsabilidades.

En ausencia de estos apoyos, el grupo mayoritario que hoy se ubica en un bienestar “Regular” corre el riesgo de desplazarse hacia estados de mayor malestar, comprometiendo tanto su calidad de vida como la sostenibilidad del cuidado en el tiempo.

G. MÓDULO E: REDES DE APOYO (CUIDANDO JUNTOS / AIEP)

Unidad de análisis: Cuidador/a

Base válida del módulo: $n = 254$

Este módulo caracteriza la red de apoyo del/la cuidador/a desde cinco dimensiones: (i) tenencia de red, (ii) composición de la red, (iii) tipo de apoyo recibido, (iv) presencia de apoyo formal y (v) suficiencia percibida. Además, se evalúa evidencia estadística sobre su relación con bienestar emocional (*bienestar_rev*, definido como $6 - P3.3$, donde valores más altos indican mejor bienestar) y con variables del contexto del cuidado (carga, sexo, macrozona, GSE).

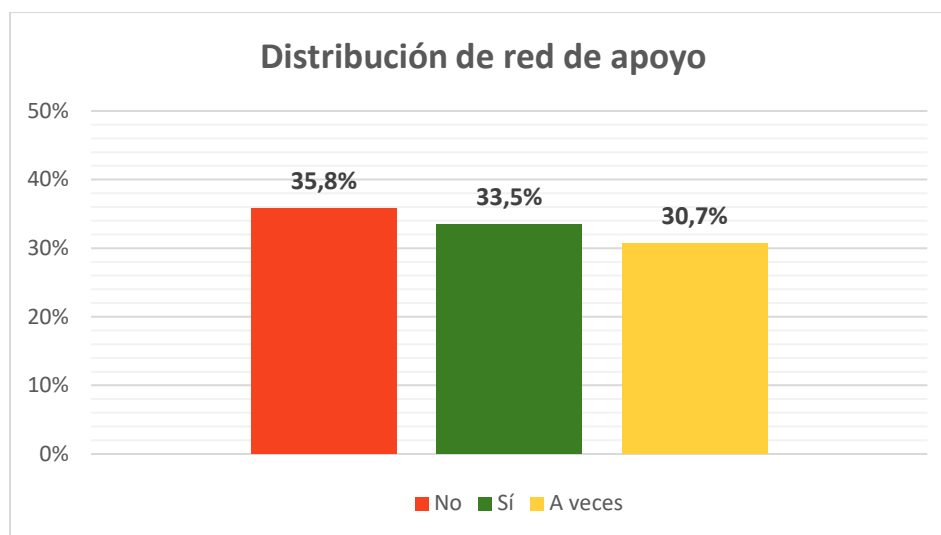
E.1 Tenencia de red de apoyo (P4.1)

Pregunta: “¿Cuentas con una red de apoyo para el cuidado?” (Sí / No / A veces)

Denominador: $n = 254$

Tabla E1. Distribución de tenencia de red (P4.1)

Categoría	n	%
No	91	35,8%
Sí	85	33,5%
A veces	78	30,7%



La distribución muestra que un 35,8% declara no contar con red, mientras que el 64,2% declara algún grado de red (sí o a veces). La cercanía entre “Sí” (33,5%) y “A veces” (30,7%) sugiere que, para una parte importante, el apoyo no necesariamente está garantizado de manera estable. En conclusión, existe una proporción relevante de cuidadores/as que enfrenta el cuidado sin red declarada, y entre quienes sí la reportan, una fracción importante la describe como intermitente.

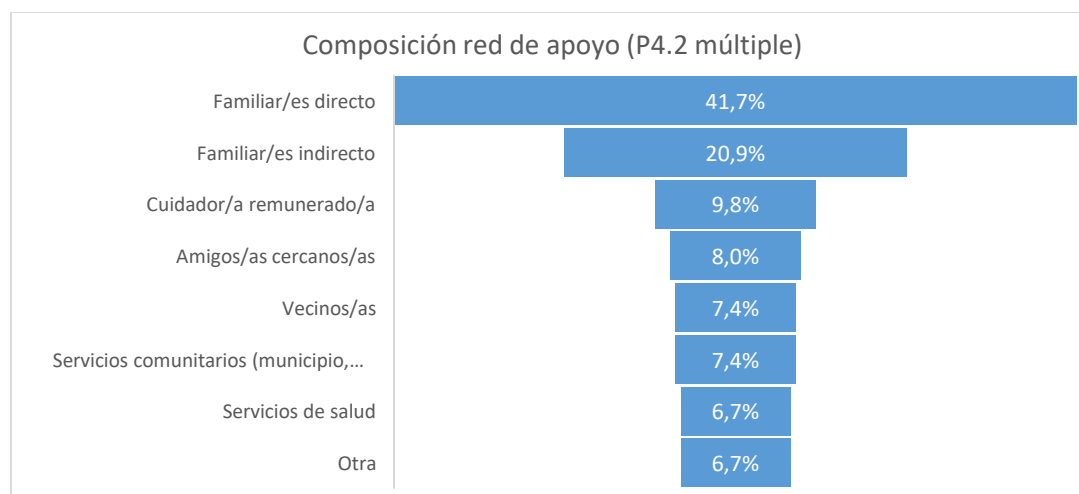
E.2 Composición de la red (P4.2):

Pregunta: “¿Quiénes componen tu red de apoyo?” (*respuesta múltiple*)

Denominador: cuidadores/as con red (Sí/A veces), $n = 163$

Tabla E2. Tipos de red declarados (P4.2, múltiple; % sobre $n = 163$)

Categoría	n	%
Familiar/es directo	68	41,7%
Familiar/es indirecto	34	20,9%
Cuidador/a remunerado/a	16	9,8%
Amigos/as cercanos/as	13	8,0%
Vecinos/as	12	7,4%
Servicios comunitarios (municipio, organizaciones, etc.)	12	7,4%
Servicios de salud	11	6,7%
Otra	3	1,8%



Nota metodológica (dejar bajo la tabla o bajo el gráfico): al ser respuesta múltiple, los porcentajes corresponden a menciones sobre $n=163$ y no suman 100%.

Entre quienes reportan red, predominan las menciones a familia directa (41,7%) y familia indirecta (20,9%). También se reporta presencia de cuidador/a remunerado/a (9,8%) y amistades cercanas (8,0%). Las menciones a servicios comunitarios (7,4%) y de salud (6,7%) aparecen con menor frecuencia. Se evidencia, por tanto, que la red de apoyo declarada se estructura principalmente en vínculos cercanos, con una presencia comparativamente menor de apoyos comunitarios o de salud.

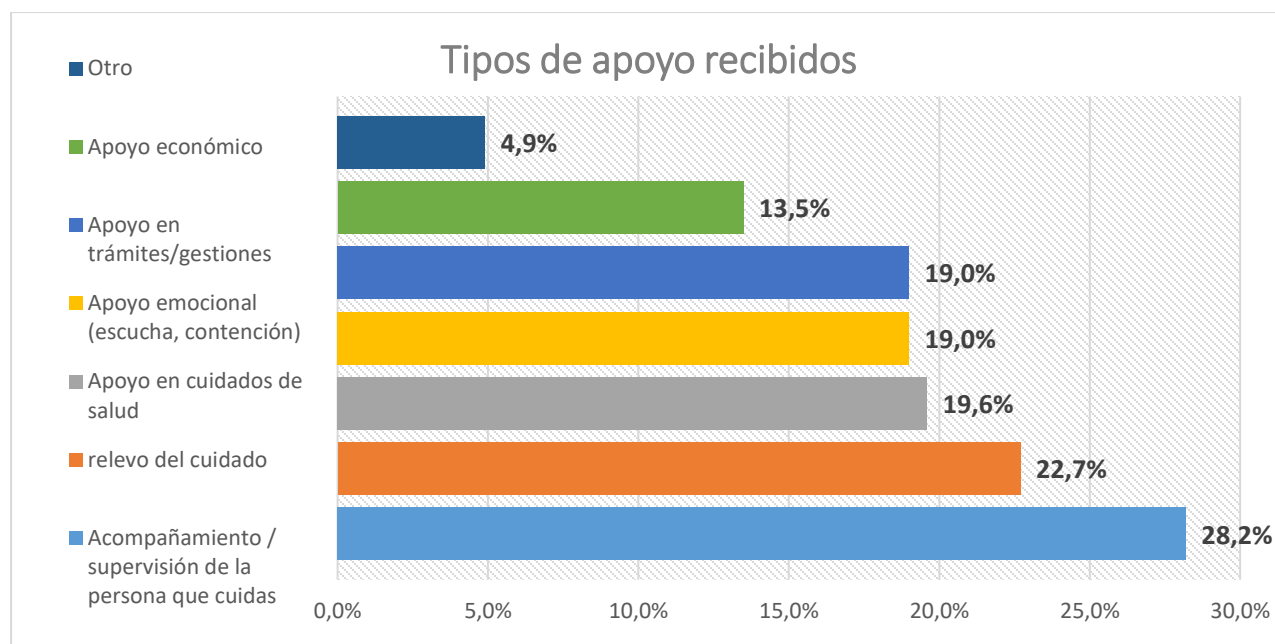
E.3 Tipo de apoyo que entrega la red (P4.3):

Pregunta: “¿Qué tipo de apoyo recibes de tu red?” (respuesta múltiple)

Denominador: cuidadores/as con red (Sí/A veces), $n = 163$

Tabla E3. Tipos de apoyo recibidos (P4.3, múltiple; % sobre $n = 163$)

Categoría	n	%
Acompañamiento / supervisión de la persona que cuidas	46	28,2%
Relevo del cuidado	37	22,7%
Apoyo en cuidados de salud	32	19,6%
Apoyo emocional (escucha, contención)	31	19,0%
Apoyo en trámites/gestiones	31	19,0%
Apoyo económico	22	13,5%
Otro	8	4,9%



Los tipos de apoyo más mencionados son el acompañamiento/supervisión (28,2%) y el relevo del cuidado (22,7%). También aparecen apoyos en salud (19,6%), emocional (19,0%) y en trámites/gestiones (19,0%). El apoyo económico (13,5%) es menos frecuente dentro del conjunto de menciones. La ayuda recibida se concentra en apoyos prácticos y de cuidado directo, con presencia relevante de apoyo emocional y de gestión, pero con menor reporte de apoyo económico.

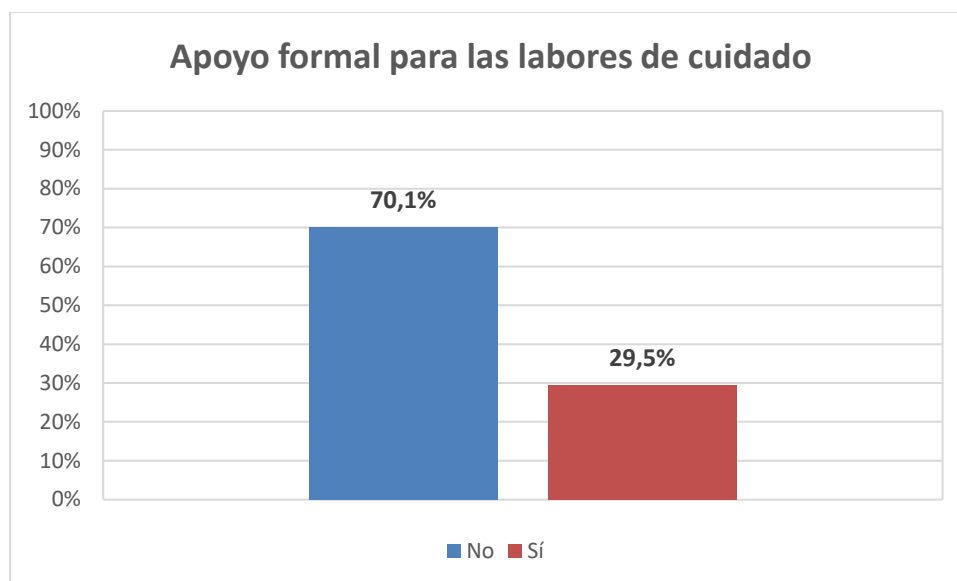
E.4 Apoyo formal (P4.5)

Variable: Apoyo formal (P4.5)

Denominador: $n = 254$

Tabla E4. Apoyo formal (P4.5)

Categoría	n	%
No	178	70,1%
Sí	75	29,5%
NA	1	0,4%



En la base total, un 29,5% reporta contar con apoyo formal y un 70,1% reporta no contar con él. La categoría NA es marginal (0,4%). La mayoría declara no recibir apoyo formal, lo que instala una brecha relevante entre redes informales y soporte institucional/formal.

E.5 Suficiencia percibida de la red (P4.4):

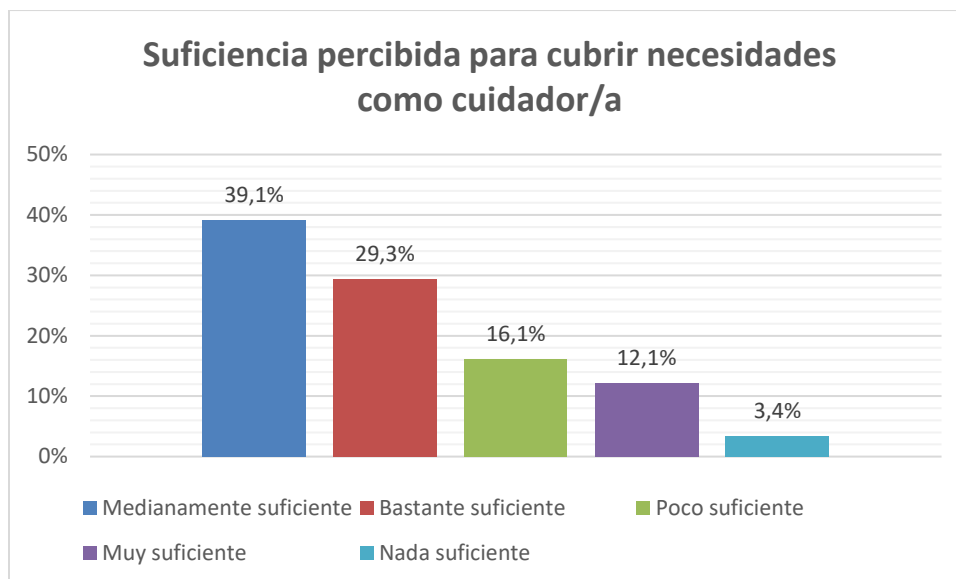
Pregunta: “¿Qué tan suficiente es tu red de apoyo?” (escala 1–5)

Base total: $n=254$;

Respuestas válidas: $n=174$; **NA:** $n=80$

Tabla E5b. Suficiencia de la red (P4.4) — válidos ($n = 174$)

Categoría	n	% (sobre válidos)
Medianamente suficiente	68	39,1%
Bastante suficiente	51	29,3%
Poco suficiente	28	16,1%
Muy suficiente	21	12,1%
Nada suficiente	6	3,4%



La variable presenta una proporción importante de NA (31,5%), por lo que la lectura sustantiva se centra en las respuestas válidas (n=174). En esa base, predominan niveles intermedios: “medianamente” (39,1%) y “bastante” (29,3%). Las categorías extremas son minoritarias: “nada” (3,4%) y “muy” (12,1%). La suficiencia percibida se concentra en niveles medios, sugiriendo que la red existe en una parte importante de los casos, pero no necesariamente se experimenta como altamente suficiente.

E.6 Cruces y pruebas estadísticas:

E.6.1 Tenencia de red (Red sí/no) y carga/segmentación

Definición: Red sí/no: **Sí/A veces = 1; No = 0**

Tabla E6.1. Asociación Red (sí/no) con carga y segmentación (χ^2 + V de Cramér)

Comparación	Prueba	χ^2	gl	p	V de Cramér	n
Red (sí/no) × Carga (tramo)	Chi-cuadrado	1,615	2	0,4459	0,0797	254
Red (sí/no) × GSE	Chi-cuadrado	5,119	5	0,4015	0,1420	254
Red (sí/no) × Sexo	Chi-cuadrado (p Monte Carlo, B=5000)	1,801	—	0,5255	0,0842	254
Red (sí/no) × Macrozona	Chi-cuadrado (p Monte Carlo, B=5000)	1,478	—	0,8224	0,0763	254

Las pruebas no muestran asociación estadísticamente significativa entre tener red (sí/no) y carga (tramo), GSE, sexo o macrozona ($p > 0,05$ en todos los casos). Los tamaños de efecto (V de Cramér) son bajos (aprox.

0,08 a 0,14). Con estos datos, la evidencia sugiere que la mera existencia de red (sí/no) no diferencia de forma clara la carga ni se distribuye de forma distinta por los grupos analizados.

E.6.2 Suficiencia de la red (P4.4) y bienestar/carga/segmentación

Tabla E6.2. Asociación suficiencia con bienestar y otros factores (Spearman / Kruskal–Wallis)

Comparación	Prueba	Estadístico	gl	p	Medida efecto	Valor efecto	n
Suficiencia (P4.4) × Bienestar_rev	Spearman	—	—	1,63e-06	rho	0,3542	174
Bienestar_rev ~ Suficiencia (P4.4)	Kruskal–Wallis	25,565	4	3,87e-05	Epsilon ²	0,1276	174
Suficiencia (P4.4) ~ Carga (tramo)	Kruskal–Wallis	7,519	2	0,0233	Epsilon ²	0,0323	174
Suficiencia (P4.4) ~ GSE	Kruskal–Wallis	1,273	4	0,8659	Epsilon ²	-0,0179	161
Suficiencia (P4.4) ~ Sexo	Kruskal–Wallis	0,158	2	0,9241	Epsilon ²	-0,0110	174
Suficiencia (P4.4) ~ Macrozona	Kruskal–Wallis	2,491	3	0,4769	Epsilon ²	-0,0028	172

Se observa asociación estadísticamente significativa entre suficiencia y bienestar_rev: Spearman rho=0,3542 (p=1,63e-06) y diferencias por grupos (Kruskal–Wallis p=3,87e-05; Epsilon²=0,1276). En paralelo, la suficiencia muestra diferencias por carga (tramo) (p=0,0233), aunque con un efecto pequeño (Epsilon²=0,0323). En cambio, no se observan diferencias significativas de suficiencia por GSE, sexo o macrozona en estas pruebas (p>0,05). La evidencia indica que la dimensión clave no es solo “tener red”, sino cuán suficiente se percibe: la suficiencia se asocia de manera consistente con el bienestar emocional y presenta diferencias según el tramo de carga del cuidado.

E.7 Modelamiento multivariado del bienestar:

E.7.1 Modelo OLS: bienestar_rev ~ suficiencia + carga_promedio + GSE

Tabla E7.1. OLS — coeficientes

Término	Beta	EE	T	p	n	R ²	R ² ajust.
(Intercept)	4,4798	0,6483	6,9105	1,20e-10	161	0,2282	0,1982
suficiencia	0,2612	0,0709	3,6829	0,0003	161	0,2282	0,1982
carga_promedio	-0,7739	0,1980	-3,9079	0,0001	161	0,2282	0,1982

gse_lblC2	-0,6766	0,3535	-1,9139	0,0575	161	0,2282	0,1982
gse_lblC3	-0,0465	0,2843	-0,1636	0,8702	161	0,2282	0,1982
gse_lblD	0,1846	0,2584	0,7144	0,4761	161	0,2282	0,1982
gse_lblE	0,1590	0,2723	0,5839	0,5601	161	0,2282	0,1982

En el modelo OLS, suficiencia presenta un coeficiente positivo y estadísticamente significativo ($p=0,0003$), mientras que carga_promedio presenta un coeficiente negativo y estadísticamente significativo ($p=0,0001$). Los términos de GSE incluidos no muestran evidencia estadística al 5% en este output (gse_lblC2 queda cercano al umbral, $p=0,0575$). Ajustando simultáneamente por carga y GSE, el bienestar_rev se asocia de forma consistente con dos dimensiones: **mayor suficiencia percibida y menor carga del cuidado**.

E.7.2 Modelo ordinal (polr): bienestar_rev ~ suficiencia + carga_promedio + GSE

Tabla E7.2. POLR — predictores

Término	Beta	EE	z	p	n
suficiencia.L	1,2763	0,7477	1,7070	0,0878	174
suficiencia.Q	1,5534	0,6573	2,3633	0,0181	174
suficiencia.C	-0,1590	0,4694	-0,3387	0,7348	174
suficiencia^4	0,1387	0,3132	0,4429	0,6578	174
carga_promedio	-1,6710	0,4581	-3,6478	0,0003	174
gse_lblC2	-1,8284	0,7902	-2,3138	0,0207	174
gse_lblC3	-0,2128	0,6355	-0,3349	0,7377	174
gse_lblD	0,2945	0,5826	0,5056	0,6132	174
gse_lblE	0,2885	0,6159	0,4685	0,6395	174

En este modelo, carga_promedio muestra asociación estadísticamente significativa ($p=0,0003$). En suficiencia, el componente cuadrático (suficiencia.Q) es significativo ($p=0,0181$), mientras el componente lineal queda cercano al umbral ($p=0,0878$). En GSE, el término gse_lblC2 aparece significativo ($p=0,0207$). El resultado multivariado es consistente en mantener a la carga_promedio como predictor relevante del bienestar_rev, y muestra evidencia estadística para componentes de suficiencia y un término de GSE en esta especificación.

Cierre del Módulo E — Síntesis e implicancias:

En la base del módulo ($n=254$), un 35,8% declara no contar con red de apoyo y un 64,2% reporta red en algún grado (Sí/A veces). Entre quienes tienen red ($n=163$), la composición se concentra en vínculos

cercanos, principalmente familia directa (41,7%) y familia indirecta (20,9%), mientras que los apoyos comunitarios (7,4%) y de salud (6,7%) aparecen con menor frecuencia relativa. Los apoyos recibidos se expresan sobre todo en acompañamiento/supervisión (28,2%) y relevo del cuidado (22,7%), junto con apoyos en salud (19,6%), emocional (19,0%) y gestiones (19,0%). En paralelo, la mayoría declara no recibir apoyo formal (70,1%), frente a un 29,5% que sí lo reporta. La suficiencia percibida de la red presenta una proporción importante de NA (31,5%); en las respuestas válidas (n=174) predomina una suficiencia intermedia (“medianamente” 39,1% y “bastante” 29,3%).

En términos inferenciales, no se observa asociación estadísticamente significativa entre tener red (sí/no) y carga(tramo), GSE, sexo o macrozona, con tamaños de efecto bajos; en cambio, la suficiencia percibida sí muestra asociación estadísticamente significativa con bienestar_rev (Spearman $p=1,63e-06$; Kruskal–Wallis $p=3,87e-05$) y diferencias por carga(tramo) ($p=0,0233$), reforzando que la dimensión analíticamente más relevante no es solo la existencia de red, sino la suficiencia con que se experimenta.

H. MÓDULO F: SATISFACCIÓN Y RECOMENDACIÓN DEL PROGRAMA (CUIDANDO JUNTOS)

Unidad de análisis: Cuidador/a

Base del módulo: n = 254

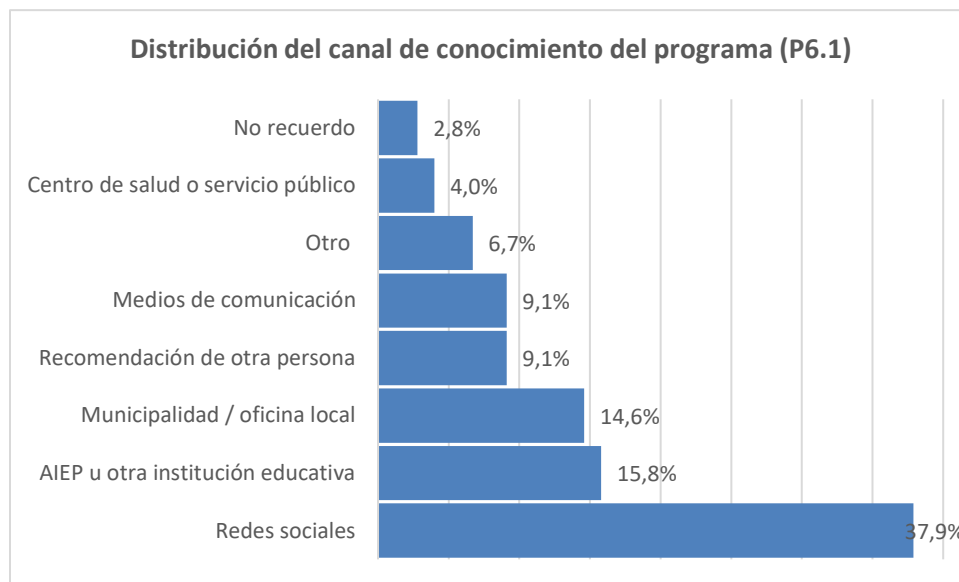
Este módulo evalúa la experiencia de participación en el programa Cuidando Juntos desde tres dimensiones: (1) cómo se conoció el programa (difusión), (2) calidad percibida y facilidad de participación (satisfacción y experiencia de uso), y (3) resultado evaluativo global (nota y recomendación). Complementariamente, se incorporan textos abiertos asociados a “Otro” en canal de conocimiento (P6.1) y a razones de baja recomendación (P7.4A). El objetivo es identificar fortalezas del programa y palancas concretas de mejora.

F.1 ¿Cómo conocieron el programa? (P6.1) - Base válida: n = 253

Tabla F1. Distribución de P6.1 (cómo conoció el programa)

variable	categoría	n	pct
P6.1 ¿Cómo conociste el programa? (texto original/códigos)	Redes sociales	96	37,9%
	AIEP u otra institución educativa	40	15,8%
	Municipalidad / oficina local	37	14,6%
	Recomendación de otra persona	23	9,1%
	Medios de comunicación	23	9,1%
	Otro	17	6,7%

	Centro de salud o servicio público	10	4,0%
	No recuerdo	7	2,8%



El principal motor de llegada al programa es **Redes sociales (37,9%)**, lo que indica que el acceso está fuertemente mediado por **canales digitales de descubrimiento** (alcance, segmentación y exposición repetida). En segundo nivel aparecen dos rutas institucionales que, juntas, representan casi un tercio de los casos: **AIEP u otra institución educativa (15,8%)** y **Municipalidad/oficina local (14,6%)**.

F.2 Satisfacción por atributos del curso (P6.2)

Escala: 1 = Muy insatisfecho/a; 7 = Muy satisfecho/a

Base válida por ítem: n = 251 a 253

Tabla F2-A. Distribución de satisfacción (P6.2) por atributo (porcentajes) + T2B

	n	1	2	3	4	5	6	7	T2B (6+7)
Calidad docentes/expositores	253	0%	0%	1,60%	1,60%	5,50%	16,20%	75,10%	91,30%
Claridad de explicaciones	251	0%	0%	0,80%	1,20%	6,30%	13,10%	78,60%	91,60%
Utilidad para vida diaria	251	0%	0,40%	1,20%	1,20%	5,90%	14,20%	77,20%	90,60%

Contenidos del curso	253	0%	0,40%	1,20%	1,20%	6,70%	13,80%	76,80%	91,40%
----------------------	-----	----	-------	-------	-------	-------	--------	--------	--------

Los cuatro atributos evaluados muestran un desempeño consistentemente alto: en todos los casos, entre 90,6% y 91,6% de los/as cuidadores/as se ubica en satisfacción alta (6–7). Esto no solo indica satisfacción general, sino consistencia de experiencia: el usuario no percibe que “algo salga muy bien y otra cosa mal”, sino un estándar parejo entre ejecución (docentes, claridad) y valor percibido (utilidad y contenidos).

F.3 Facilidad/dificultad de participación (P6.3)

Escala: 1 = Muy difícil; 7 = Muy fácil

Base válida por ítem: Acceso clases n=254; Materiales n=254; Plataforma n=237 (solo donde aplica)

Tabla F3-A. Distribución (P6.3) por aspecto (porcentajes)

P6.3 Facilidad/dificultad por aspecto (1–7)	n	1	2	3	4	5	6	7
Acceso a las clases o módulos	254	0,4%	0,0%	0,4%	2,0%	9,1%	14,6%	73,6%
Acceso a los materiales del curso	250	0,4%	0,4%	0,4%	1,6%	7,2%	13,2%	76,8%
Uso de la plataforma (si fue online)	237	0,8%	0,0%	0,4%	2,1%	5,5%	15,2%	75,9%

Los resultados muestran una experiencia de acceso muy favorable en los tres puntos críticos del journey de aprendizaje: (i) entrar a clases, (ii) conseguir materiales y (iii) usar la plataforma cuando corresponde. En particular, el valor máximo “7 = Muy fácil” concentra entre 73,6% y 76,8% según el aspecto, lo que sugiere que para la mayoría la participación fue operativamente fluida.

F.4 Dificultades para participar (P6.4)

“Durante el curso, ¿tuviste alguna de las siguientes dificultades para participar?” (respuesta múltiple; opción “No tuve dificultades” exclusiva).

Base módulo: n = 254

Tabla F4. Dificultades reportadas (P6.4)

Variable	Categoría	n	pct
P6.4 Dificultades para participar (múltiple)	No tuve dificultades	164	64,6%
	Falta de tiempo por labores de cuidado	42	16,5%

	Dificultades para usar la plataforma	22	8,7%
	Otra dificultad	0	0%

Dos tercios de los/as participantes declaran **no haber tenido dificultades** para participar (64,6%), lo que es coherente con el buen desempeño observado en facilidad de acceso (P6.3). Sin embargo, el dato relevante para la gestión del programa no está en la mayoría “sin fricción”, sino en el **tercio restante** que reporta barreras concretas.

La principal dificultad es **falta de tiempo por labores de cuidado (16,5%)**, lo que sugiere una limitación estructural del público objetivo: la participación compite con demandas permanentes e impredecibles del rol de cuidado. En términos de experiencia usuaria, esto apunta más a un problema de **disponibilidad y flexibilidad** que de “satisfacción con contenidos”.

En segundo lugar, aparece la barrera de **uso de plataforma (8,7%)**, que es consistente con un riesgo típico en programas con componentes online: incluso cuando la plataforma es evaluada como “fácil” por la mayoría (P6.3), existe un segmento que enfrenta fricción digital y que puede requerir apoyo adicional (inducción, acompañamiento, soporte).

F.5 Prioridades de mejora (P6.5)

Pregunta P6.5. “¿Qué tan prioritario es para ti que el programa mejore en los siguientes aspectos?” (Escala: 1 = Nada prioritario; 7 = Muy prioritario.)

P6.5 Prioridad de mejoras (1–7)	1	2	3	4	5	6	7	T2B (6+7)	n
Acceso más simple a la plataforma	16,9%	3,0%	4,7%	8,9%	11,9%	15,7%	39,0%	54,7%	236
Más ejemplos o casos prácticos	7,1%	1,6%	3,2%	7,1%	11,5%	15,4%	54,2%	69,6%	253
Más ejercicios aplicados	6,4%	1,2%	4,0%	4,8%	14,3%	15,5%	53,8%	69,3%	251
Más interacción con los/las docentes	7,2%	2,4%	3,2%	10,0%	12,9%	16,1%	48,2%	64,3%	249

Aunque los niveles de satisfacción del curso son muy altos (P6.2), esta pregunta permite identificar en qué “sube la vara” el usuario cuando se le pide priorizar mejoras. El patrón es claro: las prioridades se concentran en fortalecer lo aplicado y práctico del aprendizaje.

- Las dos mejoras más demandadas son “más ejemplos o casos prácticos” (Top Box 7 = 54,2%; T2B = 69,6%) y “más ejercicios aplicados” (Top Box 7 = 53,8%; T2B = 69,3%). En términos de experiencia usuaria, esto indica que el valor del programa se juega en transferencia a la vida cotidiana: no basta

con contenidos claros y buenos docentes; los cuidadores/as piden más instancias para aterrizar, practicar y resolver situaciones reales.

- La interacción con docentes también aparece como un eje relevante (Top Box 7 = 48,2%; T2B = 64,3%). Esto suele leerse como necesidad de acompañamiento y retroalimentación, especialmente en un público que enfrenta incertidumbre y decisiones concretas en el cuidado.
- Acceso más simple a la plataforma muestra un nivel de prioridad alto, pero menor que las mejoras pedagógicas (Top Box 7 = 39,0%; T2B = 54,7%; n=236). Esto sugiere que la fricción tecnológica existe y es importante para una parte de la muestra (probablemente quienes cursaron online), pero la “demanda dominante” del usuario está puesta en el diseño instruccional aplicado más que en el canal.

F.6 Nota general del programa (P6.6)

Base válida: n = 249

Tabla F6-A. Distribución de nota general (P6.6)

variable	categoría	n	pct	denominador
P6.6 Nota general (1–7)	7	173	69,5%	249
	6	55	22,1%	249
	5	18	7,2%	249
	4	2	0,8%	249
	3	1	0,4%	249

Tabla F6-B. Estadísticos descriptivos (P6.6)

Variable	n_validos	media
P6.6 Nota general (1–7)	249	6,594

La nota global posiciona al programa con una evaluación de **excelencia** para la gran mayoría (predominio de 7 y media > 6,5), y refuerza la consistencia observada en satisfacción por atributos. El espacio de mejora probable no está en “calidad base”, sino en convertir evaluaciones altas (6) en excelencia (7) a través de ajustes específicos priorizados por los propios usuarios (casos, ejercicios e interacción).

F.7 Recomendación del programa: NPS adaptado (P6.7)

Pregunta P6.7. “En una escala de 1 a 7, ¿qué tan probable es que recomiendes el programa Cuidando Juntos a otra persona cuidadora?”

Escala: 1 = No lo recomendaría en absoluto; 7 = Lo recomendaría totalmente.

Base válida: n = 252.

Construcción NPS adaptado (1–7):

- **Detractores:** 1–4
- **Neutros:** 5–6
- **Promotores:** 7
- **NPS:** %Promotores – %Detractores

Tabla F7. NPS adaptado del programa (P6.7)

Segmento	Rango	N	%
Detractores	1–4	4	1,6%
Neutros	5–6	37	14,7%
Promotores	7	211	83,7%
NPS adaptado	—	—	82,1pp.

El programa muestra un nivel de recomendación muy **alto**: **83,7%** de los/as cuidadores/as se ubica como **promotor** (nota 7), mientras que los detractores son marginales (**1,6%**). Como resultado, el **NPS 82,1pp**, lo que refleja una disposición muy elevada a recomendar el programa en el entorno cercano, un indicador que suele asociarse a **legitimidad social** y a percepción de valor real (“esto le serviría a otra persona cuidadora”).

Desde una perspectiva de mejora, el foco no está en el segmento detractor (muy pequeño), sino en el grupo **neutro (14,7%)**, que constituye el principal espacio de conversión hacia promotores. En coherencia con los hallazgos previos del módulo, la hipótesis de trabajo (sin afirmar causalidad) es que esta conversión se logra mejor actuando sobre las palancas ya priorizadas por los usuarios (P6.5): más casos prácticos, más ejercicios aplicados e interacción con docentes, y, en el segmento online, facilitar aún más el acceso/uso de plataforma.

Síntesis e implicancias del Módulo F:

Los resultados muestran una evaluación de excelencia del programa *Cuidando Juntos* y, al mismo tiempo, delimitan con claridad dónde están las oportunidades de mejora desde la experiencia real de los/as cuidadores/as. En términos de acceso y captación, el principal canal de llegada son redes sociales (37,9%), complementado por rutas institucionales relevantes —AIEP u otra institución educativa (15,8%) y municipalidad/oficina local (14,6%), lo que sugiere un modelo mixto de difusión (digital + territorial). En satisfacción por atributos (P6.2), el programa alcanza niveles muy altos y homogéneos: el Top 2 Box (6–7) se sitúa en torno a 90–92% en todos los atributos (docentes, claridad, utilidad y contenidos), confirmando una experiencia consistente y fuertemente valorada, aunque con efecto techo que limita la discriminación fina entre subgrupos. La evaluación global refuerza lo anterior: la nota promedio es 6,594 (n=249) y 91,6% califica con 6 o 7, con predominio de nota 7 (69,5%).

Desde la vivencia operativa, la participación también se percibe mayoritariamente fluida (P6.3), pero el análisis de fricciones concretas (P6.4) identifica dos barreras relevantes: falta de tiempo por labores de cuidado (16,5%) y dificultades de uso de plataforma (8,7%), lo que indica que los límites de participación son más estructurales (tiempo/carga) y, en menor medida, digitales. En ese contexto, la priorización de mejoras (P6.5) orienta con precisión las palancas de ajuste: los/as usuarios/as piden principalmente más ejemplos o casos prácticos (54,2% en 7; T2B 69,6%) y más ejercicios aplicados (53,8% en 7; T2B 69,3%), seguidos por más interacción con docentes (48,2% en 7; T2B 64,3%); la mejora de plataforma es importante pero secundaria (39,0% en 7; T2B 54,7%; n=236).

Finalmente, la recomendación sintetiza el valor social del programa: 83,7% son promotores (nota 7), con detractores marginales (1,6%) y un NPS adaptado de 82,1 (n=252), lo que evidencia alta adhesión y legitimidad interpersonal. Para AIEP, la lectura es clara: el programa está sólidamente validado por sus usuarios, y el desafío no es “subir calidad base”, sino optimizar la transferencia práctica y el acompañamiento (casos, ejercicios e interacción) y reducir fricciones de participación asociadas a tiempo y soporte digital, como vía directa para convertir el segmento neutro en promotor y sostener la excelencia a escala.

I. MÓDULO G: IMPACTO / APLICACIÓN DEL PROGRAMA EN LA VIDA DIARIA

Unidad de análisis: Cuidador/a

Base del módulo: P7.1 con n válido por ítem = 253–254; **Índice de impacto n = 253** (regla: promedio P7.1 con $\geq 70\%$ ítems válidos; min. 5 de 7).

Este módulo evalúa en qué medida el programa “Cuidando Juntos” es percibido como útil y aplicable en el rol de cuidado, a través de 7 dimensiones (P7.1, escala 1–7: 1 = *Nada*, 7 = *Muchísimo*). El objetivo es identificar dónde el programa muestra mayor efecto percibido, sintetizarlo en un índice global de impacto, y revisar evidencia estadística sobre su asociación con indicadores previos (p.ej., satisfacción) y segmentaciones (GSE, carga, modalidad).

Nota metodológica: El ‘Índice de Impacto’ es un indicador sintético (escala 0 a 100) construido a partir del promedio de las respuestas en los 11 ítems de evaluación de utilidad (P7.1), donde 0 representa nulo impacto y 100 el máximo impacto posible en la labor de cuidado.

G.1 Impacto percibido por dimensión (P7.1)

P7.1. “En qué medida el programa te ayudó a mejorar en...” (1–7)

Tabla G1-A. Distribución resumida P7.1 por dimensión (%)

P7.1 por ítem (1–7)	1	2	3	4	5	6	7	T2b (6+7)	n
Aspecto social: Mejorar la calidad del trato y la humanización del cuidado.	0%	0%	0,8%	3,2%	9,9%	17,4%	68,8%	86,2%	253
Técnicas de atención física: Higiene, movilización, medicamentos o primeros auxilios.	0,4%	0,8%	0%	3,2%	11,5%	17,4%	66,8%	84,2%	253

Capacidad laboral: Sentir que desarrollé competencias útiles para el mundo del trabajo.	0,8 %	0,8 %	2,8 %	5,5 %	7,9 %	17,8 %	64,4 %	82,2 %	253
Autocuidado: Incorporar herramientas para cuidar mi propia salud física y mental.	0,4 %	0 %	0,8 %	5,1 %	12,3 %	17,4 %	64 %	81,4 %	253
Comunicación efectiva: Mejorar la forma en que me comunico con la persona cuidada y el entorno.	0 %	0,4 %	0,85 %	4,3 %	13 %	15,4 %	66 %	81,4 %	253
Manejo emocional: Entender y gestionar las emociones de la persona que cuido.	0 %	0,4 %	1,6 %	4,7 %	11,9 %	17,4 %	64 %	81,4 %	253
Prevención del agobio: Evitar o manejar mejor el "Síndrome del Cuidador" (estrés/burnout).	1,2 %	0,8 %	1,2 %	6,7 %	13 %	19,7 %	57,5 %	77,2 %	254

La Tabla G1 presenta la distribución de respuestas en escala 1 a 7 sobre cuánto ayudó el programa “Cuidando Juntos” en siete ámbitos del rol de cuidado. Para facilitar una lectura ejecutiva, se reporta además el indicador Top 2 Box (6–7), que corresponde al porcentaje de cuidadores/as que declara un nivel alto de impacto (“Mucho” o “Muchísimo”) en cada dimensión.

El patrón general es de **impacto alto y consistente**: en todas las dimensiones, entre 77,2% y 86,2% de los participantes se ubica en Top 2 Box. La dimensión con mayor impacto alto es Aspecto social / humanización del cuidado (T2B=86,2%; 68,8% en “Muchísimo”), seguida por Técnicas de atención física (T2B=84,2%) y Capacidad laboral (T2B=82,2%). En un segundo nivel, pero aún con resultados muy altos, se ubican Autocuidado, Comunicación efectiva y Manejo emocional, todas con T2B=81,4%. La dimensión con menor proporción relativa de impacto alto es Prevención del agobio (T2B=77,2%), que también concentra el mayor porcentaje en tramos 1–4 (1,2%+0,8%+1,2%+6,7% = 9,9%), indicando mayor heterogeneidad en la percepción de mejora en este ámbito.

En términos de evaluación de resultados, los datos sugieren que el programa está logrando una percepción de mejora muy elevada y transversal en competencias centrales del cuidado. Para la gestión del programa en AIEP, el **principal espacio de fortalecimiento relativo se observa en Prevención del agobio**, donde existe un grupo mayor que declara mejoras moderadas o bajas, lo que podría orientar ajustes hacia herramientas más aplicadas y sostenidas para manejo de estrés y prevención del desgaste del cuidador/a.

G.2 Índice global de impacto (promedio P7.1)

El Índice global de impacto se construye para resumir, en una sola medida, el nivel de mejora percibida atribuido al programa “Cuidando Juntos” en las 7 dimensiones evaluadas en P7.1 (técnicas físicas, manejo emocional, trato/humanización, autocuidado, comunicación, prevención del agobio y capacidad laboral). El índice se calcula como el promedio simple de los ítems P7.1 respondidos por cada cuidador/a (escala 1 a 7, donde 1 = “Nada” y 7 = “Muchísimo”).

En este aspecto, un valor cercano a 7 indica que, en promedio, el/la cuidador/a percibe que el programa le ayudó “mucho/muchísimo” en la mayoría de las dimensiones. Un valor cercano a 4 indicaría un impacto medio, y, por último, un valor cercano a 1–2 reflejaría impacto bajo.

Tabla G2. Índice de impacto (promedio P7.1; ≥70% válidos)

Variable	n válidos	Media	SD	p25	Mediana	p75	Mín	Máx
Índice impacto (P7.1)	253	6,366	0,878	6,000	6,857	7,000	2,429	7,000

El índice confirma un **impacto global muy alto del programa**: media 6,366 y mediana 6,857 en escala 1–7. Además, el percentil 75 se ubica en 7,000, lo que indica que al menos un cuarto de los participantes alcanza el valor máximo del índice. En términos programáticos para AIEP, esto sugiere que la mejora percibida no está limitada a una dimensión aislada, sino que se expresa como una evaluación integral de alta contribución del programa al desempeño cotidiano del rol de cuidado.

G.3. Segmentación y asociaciones:

Se realizó una prueba de comparación entre grupos (Kruskal–Wallis) para comprobar si el impacto global percibido del programa “Cuidando Juntos” (índice P7.1) presenta diferencias según características del/la cuidador/a y su contexto: GSE, tramo de carga operativa y modalidad. Para ello, se aplicó la prueba de Kruskal–Wallis, adecuada para comparar distribuciones entre dos o más grupos cuando la variable de interés proviene de escalas ordinales/continuas y no se asume normalidad.

Tabla G3-A. Diferencias del índice de impacto por grupos (Kruskal–Wallis)

Cruce	Denominador	Prueba	Estadístico	gl	p-value	Efecto	Valor
Impacto (índice) × GSE	234	Kruskal–Wallis	0,9371	4	0,9192	Epsilon ²	- 0,0134
Impacto (índice) × Carga operativa (tramo)	253	Kruskal–Wallis	0,8920	2	0,6402	Epsilon ²	- 0,0044
Impacto (índice) × Modalidad	238	Kruskal–Wallis	0,4310	1	0,5115	Epsilon ²	- 0,0024

No se observa evidencia estadísticamente significativa de diferencias en el índice global de impacto según GSE, tramo de carga operativa ni modalidad (p-values mayores a 0,05). Los tamaños de efecto (Epsilon²) aparecen levemente negativos por la corrección del estimador; en términos sustantivos deben interpretarse como efecto prácticamente nulo (≈ 0), es decir, sin diferencias relevantes entre grupos en esta métrica.

Estos resultados son consistentes con una hipótesis positiva para el programa: el impacto percibido se reporta como alto y relativamente homogéneo, sin concentración evidente en un solo segmento. En términos

de equidad de resultados, esto sugiere que el programa “Cuidando Juntos” es percibido como útil de manera transversal en los grupos analizados.

Tabla G3-B. Asociaciones bivariadas (Spearman)

Se realizó una prueba de correlación de Spearman para comprobar si el impacto global percibido del programa “Cuidando Juntos” (índice P7.1) se asocia con otras dimensiones relevantes para la evaluación del programa en AIEP: (i) satisfacción con el programa (índice), (ii) carga emocional (índice) y (iii) carga operativa del cuidado (promedio). Para ello, se aplicó la correlación de Spearman (ρ), adecuada cuando las variables provienen de escalas ordinales/continuas y no se asume normalidad

Cruce	Prueba	Estadístico	p-value	n
Impacto (índice) × Carga emocional (índice)	Spearman	-0,0485	0,4427	253
Impacto (índice) × Satisfacción (índice)	Spearman	0,6254	7,321E-29	253
Impacto (índice) × Carga operativa (promedio)	Spearman	0,0116	0,8547	253

La evidencia más fuerte del módulo es una **asociación positiva alta entre el impacto percibido y la satisfacción con el programa** ($\rho = 0,6254$; $p \approx 7,3E-29$; $n=253$). En términos simples: quienes evalúan mejor el programa tienden también a reportar que el programa les ayudó más en su vida diaria y rol de cuidado. Para AIEP, esto es un **hallazgo clave** porque conecta dos resultados de evaluación complementarios: **experiencia del curso (satisfacción) y resultado percibido (impacto/aplicación)**.

En cambio, los cruces bivariados no muestran evidencia estadísticamente significativa de asociación del impacto con carga emocional ($\rho = -0,0485$; $p=0,4427$) ni con carga operativa ($\rho = 0,0116$; $p=0,8547$). Esto sugiere que, al menos en esta medición, el impacto percibido del programa no varía de manera sistemática con el nivel de exigencia emocional u operativa del cuidado.

G.4 Modelo multivariado del impacto:

Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple (LM) para comprobar qué factores se asocian con el impacto global percibido del programa “Cuidando Juntos” (impacto_index), controlando simultáneamente por variables del contexto del cuidado. Para ello se ajustó el modelo:

impacto_index ~ satisf_index + carga_emoc + carga_promedio + gse_lbl + modalidad
reportando errores estándar robustos HC3, lo que entrega pruebas (t y p-values) más confiables ante posibles problemas de varianza no constante.

Tabla G4. Modelo: impacto_index ~ satisf_index + carga_emoc + carga_promedio + gse_lbl + modalidad (SE robustos HC3)

Término	Beta	SE	t	p-value	n	R2
(Intercept)	0,7050	0,6308	1,118	0,2650	220	0,5505
satisf_index	0,8991	0,0766	11,740	8,005E-25	220	0,5505

carga_emoc	-0,0748	0,0441	-1,695	0,0916	220	0,5505
carga_promedio	-0,1772	0,0991	-1,789	0,0751	220	0,5505
gse_lblC2	0,1262	0,2113	0,597	0,5511	220	0,5505
gse_lblC3	0,1567	0,1962	0,799	0,4254	220	0,5505
gse_lblD	0,3007	0,1661	1,810	0,0717	220	0,5505
gse_lblE	0,2135	0,1801	1,185	0,2372	220	0,5505
modalidad2	0,2274	0,1823	1,247	0,2137	220	0,5505

Indicadores del modelo (salida): $n = 220$, $R^2 = 0,5505$; SE robustos HC3.

1) El predictor dominante del impacto es la satisfacción con el programa. El modelo confirma que, controlando por carga emocional, carga operativa, GSE y modalidad, el índice de satisfacción (satisf_index) es el factor con evidencia más robusta y magnitud más clara: $\beta = 0,8991$, $p \approx 8,0E-25$.

En términos prácticos: **cuando la satisfacción promedio aumenta, también aumenta el impacto percibido en la vida diaria y en el rol de cuidador/a.** Este resultado es coherente con lo visto en el análisis bivariado (Spearman) y refuerza que, para AIEP, la satisfacción no es solo “percepción”, sino que está estrechamente conectada con el resultado reportado por los usuarios.

2) Carga emocional y carga operativa muestran señal negativa, pero no concluyente en este modelo.

- carga_emoc: $\beta = -0,0748$; $p = 0,0916$
- carga_promedio: $\beta = -0,1772$; $p = 0,0751$

Ambas variables presentan coeficientes negativos (la dirección sugiere que a mayor carga podría reportarse algo menos de impacto), pero los p-values son $> 0,05$, por lo que el resultado debe reportarse como tendencia/no concluyente, no como efecto confirmado.

3) No hay evidencia estadística consistente de diferencias por GSE ni por modalidad. Los términos asociados a GSE y modalidad tienen p-values $> 0,05$ en este output, por lo que, con los datos disponibles, el modelo no detecta diferencias robustas en impacto atribuibles a estos factores una vez controladas las demás variables.

Como conclusión del modelo, podemos decir que la palanca principal asociada al impacto reportado por los usuarios es la satisfacción con el programa. Por tanto, sostener y optimizar los componentes que componen esa satisfacción (experiencia formativa, claridad, utilidad, acceso) es coherente con maximizar el impacto percibido. En cambio, el modelo no aporta evidencia robusta de que el impacto difiera por segmento socioeconómico o modalidad en esta medición.

Síntesis e implicancias del módulo:

Los resultados del Módulo G muestran una percepción de **impacto global muy alta del programa “Cuidando Juntos” en la vida diaria y en el rol de cuidado.** En los siete ámbitos evaluados (P7.1), la

mayoría de las respuestas se concentra en los niveles superiores de la escala (6–7), con Top 2 Box entre 77,2% y 86,2% según el aspecto. Destacan especialmente la humanización del cuidado (86,2%), las técnicas de atención física (84,2%) y la capacidad laboral (82,2%), lo que sugiere que el programa es reconocido no solo por entregar herramientas prácticas, sino también por fortalecer dimensiones relacionales y de desarrollo personal relevantes para sostener el cuidado.

Al consolidar la batería en un índice global de impacto (promedio P7.1, con regla de $\geq 70\%$ de ítems válidos), se confirma este patrón: media 6,366 y mediana 6,857 (escala 1–7), con un tramo superior muy concentrado ($p_{75} = 7$). En términos simples, la mayoría de los **participantes declara que el programa les ayudó “mucho/muchísimo” en forma transversal, más que en un solo componente aislado.**

En cuanto a segmentación, no se observa evidencia de diferencias estadísticamente significativas en el impacto global por GSE, tramo de carga operativa ni modalidad (Kruskal–Wallis; p -values $> 0,05$). Esto es relevante para AIEP porque sugiere que el impacto reportado se mantiene relativamente estable entre grupos, al menos con las variables y tamaños disponibles en esta medición.

La evidencia más consistente del módulo aparece en la relación entre impacto e indicadores de experiencia del programa. En el análisis bivariado, el impacto se asocia fuertemente con la satisfacción (Spearman rho = 0,6254; $p \approx 7,3E-29$), mientras que no se observa asociación con carga emocional ni carga operativa. Esta conclusión se refuerza en el modelo multivariado (LM con errores robustos HC3): la satisfacción (satisf_index) es el predictor dominante del impacto (beta = 0,8991; $p \approx 8,0E-25$), mientras que carga emocional y carga operativa muestran coeficientes negativos pero no concluyentes (p -values $> 0,05$). En términos prácticos para AIEP, el resultado indica que la principal “palanca” asociada al impacto percibido es la calidad de la experiencia formativa: cuando la satisfacción sube, el impacto reportado también sube de manera clara.

Implicancia operativa para el programa AIEP: **el desafío no es “demostrar impacto”** (porque el impacto percibido ya es muy alto), **sino proteger y sostener los componentes que explican esa percepción: claridad, utilidad y experiencia del curso.** Además, dado el nivel alto y concentrado de respuestas, se sugiere monitorear a futuro si aparece efecto techo (poca variabilidad) y complementar con métricas más sensibles o con focos cualitativos para capturar fricciones puntuales que no emergen cuando casi todo se evalúa en 6–7.

J. CONCLUSIÓN GENERAL

En conjunto, los resultados muestran que Cuidando Juntos (AIEP) llega a un **perfil de cuidador/a altamente feminizando y en etapa adulta activa**, con participación mayoritaria durante 2025 y una experiencia de curso predominantemente online asincrónica. Este perfil de usuarios/as se vincula con un contexto de cuidado exigente: las personas cuidadas son principalmente mayores (promedio cercano a 78 años) y mayoritariamente mujeres, con presencia relevante de condiciones crónicas, deterioro funcional y necesidad de apoyo en actividades de la vida diaria, lo que **configura un escenario donde el cuidado no es ocasional, sino sostenido.**

La evidencia del módulo de carga operativa es consistente con esa realidad: **el cuidado se expresa como un conjunto de tareas diversas y frecuentes** (con alta presencia de acompañamiento emocional, limpieza del hogar, alimentación y supervisión), y la distribución por tramos muestra que una proporción relevante se

ubica en niveles medios y altos, es decir, **no se trata de un grupo “liviano” en dedicación, sino de usuarios/as que administran un rol complejo y continuo**. Esto es importante para AIEP porque fija el estándar de pertinencia: **el valor del programa no se juega solo en contenidos técnicos, sino en su capacidad de “calzar” con una rutina intensa y con múltiples demandas simultáneas**.

En el plano emocional, el informe confirma un **patrón crítico: la carga emocional es alta y el bienestar se concentra en niveles intermedios** (“regular”), con una relación negativa fuerte entre carga emocional y bienestar. Además, cuando el cuidado está más centralizado (ser único/a responsable o responsable principal), la carga emocional tiende a ser mayor. En términos programáticos, esto **refuerza que el programa no solo debe enseñar “qué hacer”, sino también cómo sostener el rol**: herramientas de autocuidado, manejo del estrés y prevención del desgaste, límites del rol y estrategias de redistribución/activación de apoyos, especialmente en perfiles de mayor centralidad.

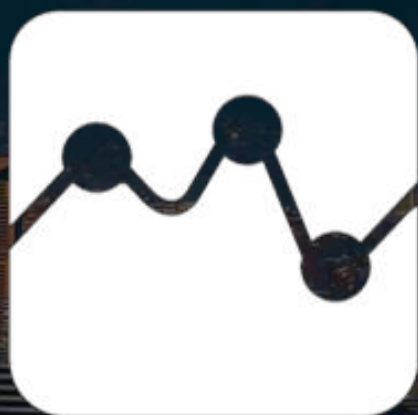
La dimensión de redes de apoyo agrega un matiz clave para la mejora: existe un grupo relevante que declara no contar con red, y entre quienes sí la tienen, la suficiencia percibida no es automática (es decir, tener red no equivale necesariamente a sentir apoyo suficiente). El informe muestra que **la suficiencia se vincula con mejores resultados de bienestar**, por lo que, para AIEP, este componente opera como un **“puente” entre formación y sostenibilidad del cuidado**: no basta con capacitar, también es **estratégico facilitar la activación de redes y orientar a los cuidadores/as en cómo pedir y organizar apoyo**.

Desde el punto de vista de evaluación del programa, **los resultados son extraordinariamente positivos**: la satisfacción por atributos se concentra en valores altos (6–7) de forma homogénea; la nota global es de excelencia; y la recomendación alcanza niveles muy altos (NPS adaptado sobresaliente). El principal espacio de mejora no está en “detractores” (muy bajos), sino en el grupo “neutro” (5–6), y el propio instrumento identifica **rutas concretas para convertir satisfacción alta en excelencia sostenida: más ejemplos/casos prácticos, más ejercicios aplicados y mayor interacción con docentes, junto con reducir fricciones de acceso/plataforma y compatibilización con tiempos de cuidado**.

Finalmente, el módulo de impacto/aplicación confirma que el programa no solo gusta, sino que se **percibe como útil y transferible a la vida diaria**: el impacto es alto en todas las dimensiones medidas y el índice global se sitúa muy cerca del máximo de la escala. Además, el análisis bivariado y el modelo multivariado convergen en un hallazgo central para AIEP: la satisfacción es el predictor dominante del impacto percibido (cuando sube la satisfacción, sube el impacto), mientras que variables como GSE, modalidad o carga operativa no muestran diferencias consistentes en el índice de impacto. Esto sugiere que la calidad de la experiencia formativa (claridad, utilidad, docencia, contenidos) es el mecanismo más directo para sostener el valor del programa, y que **el foco de mejora debe concentrarse en fortalecer la transferencia práctica y reducir fricciones de participación**, sin perder los atributos que hoy explican la alta recomendación.

SÍNTESIS FINAL:

El programa Cuidando Juntos (AIEP) es evaluado con altísima satisfacción, recomendación e impacto, en una población que enfrenta un cuidado intenso y emocionalmente demandante. La oportunidad estratégica que deja el informe es clara: conservar los “drivers” de satisfacción (calidad, claridad y utilidad) y profundizar lo práctico y lo interactivo, mientras se refuerzan componentes de autocuidado, prevención del agobio y activación de redes, para que el impacto observado sea sostenible en el tiempo y especialmente protector para quienes asumen el cuidado de forma más centralizada.



**METRIKA
LAB**

**ESTUDIOS SOCIALES
& DE MERCADO**

contacto@metrikalab.cl | www.metrikalab.cl | +56 9 5146 8221 (WhatsApp empresa)