

PROGRAMA DE  
**BACHILLERATO**  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# **Perspectiva de género para las consecuencias en la salud mental de la labor de cuidado no remunerada de pacientes con autonomía reducida**

Monografía para la obtención del grado de

**Bachiller en Ciencias Naturales y Exactas**

presenta

**Fernando Alvarado Caro**

bajo la dirección de

**Denisse Quijada Sánchez**

Socióloga, Profesora Asistente, Departamento de Enfermería., Universidad de Chile.

**2018**

# Índice

Resumen	2
Introducción	3
Capítulo I: El concepto de género y los roles de género	5
Capítulo II: Trabajo no remunerado	7
El valor en la economía global del trabajo no remunerado	8
La desigualdad en el trabajo no remunerado	9
Trabajo doméstico y de cuidado	10
Capítulo III: El envejecimiento y la dependencia, una labor afrontada por las mujeres	13
Caracterización de las enfermedades de la vejez	14
La demencia: el ejemplo de la dependencia	15
El cuidado, labor relegada a la mujer: perfil y descripción	16
Capítulo IV: El impacto del cuidado y sus consecuencias en la salud de las mujeres	17
Impacto en la salud física: Desgaste y prevalencia a enfermar	18
Impacto en la salud mental	18
Estado de la salud mental: causas	18
Estado de la salud mental: los padecimientos	20
Depresión	20
Ansiedad	21
Capítulo V: Proyecciones, políticas gubernamentales de apoyo y respaldo	21
Conclusiones	22
Bibliografía	24
Anexo	29

# Resumen

El devenir de los años finales de la vida no es sencillo puesto que con el paso del tiempo llegan complicaciones y afectaciones a la salud, las cuales disminuyen la autonomía de las personas mayores. El menoscabo de las funciones relacionadas a cumplir con las actividades básicas para vivir, hace dependientes a muchas personas en esta etapa del ciclo vital, viéndose obligadas a contar con el apoyo de cuidadores. Una de las enfermedades que ocasiona mayor dependencia en las personas adultas mayores es la demencia derivada de trastornos neurodegenerativos como lo es la enfermedad del Alzheimer. La gran mayoría de los cuidadores son mujeres informales, no remuneradas y sin estudios en la asistencia de una persona discapacitada. En el ámbito del trabajo no remunerado y, en particular en el cuidado, existe una marcada desigualdad entre hombres y mujeres en base a criterios preestablecidos socialmente asentados en la cultura. Por otra parte, la acción de cuidar supone una sobrecarga en la persona que lleva a cabo la tarea, producto del estrés y las condiciones que debe afrontar en su labor. Esta sobrecarga está intrínsecamente ligada al 'síndrome del cuidador', un cuadro clínico multidimensional que se refiere a las afectaciones que la persona padece, producto de su trabajo, en su salud. Dentro de las principales consecuencias que se han encontrado en las cuidadoras de pacientes con autonomía reducida producto de la demencia se hallan consecuencias físicas y consecuencias en la salud mental, sobre este último se destacan la depresión y la ansiedad las cuales son atribuibles, principalmente, a la dedicación de mayor cantidad de horas y mayor frecuencia en atender a los pacientes que las mujeres realizan comparado con los hombres cuidadores, a la subvaloración que se tiene del trabajo de cuidado cuando es llevado a cabo por las mujeres y al afrontamiento emocional que se tiene hacia el desarrollo de la historia natural de la enfermedad de personas adultas mayores.

**Palabras claves:** Roles de género, trabajo de cuidado, envejecimiento, salud mental.

# Introducción

La sociedad actual se halla inmersa en profundos cambios sociales, culturales, políticos y de toda índole imaginable. Los últimos 20 años han estado marcados por profundas y profusas manifestaciones de una nueva realidad imperante en la sociedad, una nueva realidad que, a grande rasgos en Occidente, se ha fundamentado en propugnar los principios de igualdad, equidad, tolerancia, libertad y desarrollo. Precisamente respecto a este último punto, se ha hecho de manifiesto en la actualidad, la inserción de las nuevas tecnologías, y el desarrollo multidisciplinario de las ciencias del conocimiento. Las ciencias en sus diversas áreas se han apoyado de los avances que las tecnologías han sentado y, en particular, en el área de la salud se han utilizado dichos logros para impulsar el desarrollo de métodos de prevención y nuevas técnicas de tratamiento de las enfermedades. Sin embargo, así como se ha visto un desarrollo generalizado en la sociedad, también se ha podido comprobar empíricamente que en estos días la población ha afrontado el advenimiento de “las nuevas patologías” que impactan con dureza en sus vidas, en particular, sobre la población mayor (Gajardo, J., & Monsalves, 2013).

Según la Organización Panamericana de Salud (2012), América se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada con tasas de fecundidad a la baja y con una creciente población de personas mayores. El aumento de la esperanza de vida no ha implicado necesariamente un aumento en la calidad de vida, es más, “la vejez está cada vez más lastrada por las enfermedades crónicas y las discapacidades” (OPS., 2012). A nivel mundial, dentro de las enfermedades no-transmisibles que han cobrado relevancia en los últimos años se hallan los trastornos de demencia, los cuales afectan a cerca de 50 millones de personas en todo el mundo. Las tasas que arrojan los recientes estudios no son auspiciosas y se proyecta que de aquí al 2050 la tasa de prevalencia de pacientes con algún trastorno de demencia se eleve en un 216% (Prince et. al, 2015) en América, es por esto que, ante el panorama de una sociedad mayor, más dependiente y enferma crónica, se hace relevante el papel que juegan y jugarán aquellos individuos que tienen la labor de cuidar y acompañar a las personas enfermas.

La labor de cuidar a un paciente con su autonomía reducida es ardua y conlleva un desgaste físico, social y psicológico, así como una implicación de la persona en la realidad del individuo que necesita atención y, por lo tanto, no necesariamente puede ser llevada a cabo por los familiares de personas enfermas. En relación con lo anterior se distinguen, entonces, dos tipos de cuidadores: los remunerados y los no remunerados. Respecto a este último grupo se centra una especial atención ya que, según Hernández (2009), existe una asociación idiosincrática y cultural que asocia dicha labor no remunerada a una responsabilidad meramente 'femenina' que libera de responsabilidad al hombre, y, por lo tanto, que perpetúa el sesgo de género y la desigualdad en la sociedad.

Así como las sociedades se han desarrollado y han inculcado a su praxis el respeto y la tolerancia, también ha habido acercamientos a la igualdad entre hombres y mujeres gracias a las reivindicaciones y demandas de los movimientos de mujeres y feministas a nivel global. Dichas reivindicaciones han apuntado a "tratar de modificar la propia conceptualización del trabajo, identificada sólo con empleo, para incorporar el trabajo doméstico y de cuidados, y ampliar la idea de productividad social incluyendo las tareas de reproducción, atención y mantenimiento de los seres humanos hacia los hombres" (Carrasco, 1999). La lucha por la igualdad en el ámbito del cuidado de las personas imposibilitadas se fundamenta en parte, en que el profundo desgaste que experimentan las mujeres en su salud mental y emocional es afrontado exclusivamente por ellas.

A partir de lo anterior, se plantea el objetivo de esta investigación: *Analizar desde una perspectiva de género el impacto en la salud mental en las mujeres cuidadoras no remuneradas de pacientes con autonomía reducida, en particular, adultos mayores con trastornos neurodegenerativos.*

# Capítulo I: El concepto de género y los roles de género

Las concepciones y nociones que se tienen sobre género están inherentemente insertas en el contexto social y, por lo tanto, cultural en el que las personas se hallan. Según Krieger (2002), el género está referido a “una construcción social en torno a las convenciones ligadas a la cultura, los roles y conductas, así como las relaciones dentro y entre mujeres y hombres”, dichas relaciones establecidas en un marco de inequidad justificado por ideologías de superioridad innata suponen la dominación y el uso de autoridad de un grupo dominante (generalmente hombres) sobre los otros grupos (generalmente mujeres). El concepto de género usualmente se trata de la misma forma que el concepto de sexo (denominación biológica asociada a las características sexuales secundarias que un individuo manifiesta), sin embargo, ambos conceptos no siempre se condicen y las nuevas construcciones que escapan de la visión dicotómica de hombre/mujer lo han puesto de manifiesto.

“La producción de formas culturalmente apropiadas respecto al comportamiento de los hombres y las mujeres es una función central de la autoridad social y está mediada por la compleja interacción de un amplio espectro de instituciones económicas, políticas, sociales y religiosas” (Lamas, 2000), por lo tanto, la visión dicotómica respecto a lo que es “masculino” y lo que es “femenino” está directamente influenciada por las concepciones culturales vigentes en cada sociedad. El establecimiento de una diferenciación sostenida entre lo que caracteriza a cada género, ya sea por la genitalidad o por otros factores, conlleva también según Magally (2011), al establecimiento de ciertas características que se consideran apropiadas para cada género, los estereotipos. Estos estereotipos son capaces de condicionar el comportamiento de las personas en virtud de si el actuar que se adopta es adecuado para su género, es decir, los estereotipos limitan o potencian los roles que los individuos adoptan al desenvolverse en la sociedad (Lamas, 1996).

Los estereotipos definen roles de género, es decir, la forma en la que se comportan y realizan su vida cotidiana hombres y mujeres, según lo que se considera apropiado para cada uno, dicho comportamiento no representa la asignación

funcional de roles sociales biológicamente prescritos, sino que son medios de conceptualización cultural y de organización social (Conway et al., 1996). En virtud de lo anterior, si los roles están definidos por el género y corresponden a la expresión de una desigualdad gestada en el seno de la cultura, la sociedad y replicada por la Instituciones, varían en cada sociedad y en cada pueblo en un tiempo histórico definido, por lo tanto, la asignación de roles es una característica propia de cada cultura, sin embargo, “se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público [el espacio social]” (Lamas, M., 1996).

La concepción básica y secular de la mujer vista como la ama de casa, encargada de las labores del hogar y del cuidado de los hijos se puede extrapolar a lo que hasta no hace mucho tiempo respondía al concepto de “buena mujer”, una mujer que restringía su participación en lo público y en lo político por la responsabilidad impuesta socialmente de cumplir las labores del hogar. En la actualidad la realidad que prima, en general, es la de una mujer inserta en el mundo laboral, y con una multiplicidad de roles, sin embargo, esta visión adolece de una verdadera recomposición de la infraestructura de los servicios sociales y de las pautas del trabajo familiar que logren conciliar en igualdad el advenimiento al mundo laboral y político de la mujer. Entre otros hechos, “la mujer presenta una dicotomía: debe trabajar frente al hombre en igualdad jurídica, para que su trabajo no sea valorado ni la mitad” (Bermúdez, 2006), y la obtención de mejoras en los marcos regulatorios se da por mera prerrogativa de la lucha reivindicativa de las mismas mujeres ante el Estado.

Desde un punto de vista tecnocrático, la mujer ha encaminado grandes pasos en los rubros laborales llegando a casi igualar las cifras de participación de hombres (INE, 2018) aunque ello no suponga una igualdad en las condiciones ni en las remuneraciones. Sin embargo, existe todavía inserta en la cultura, una visión subyacente y perpetuada en el aprendizaje de las sociedades que sigue asignando a la mujer roles que, preferentemente, deben ser asumidos por ella, roles que no suponen una recompensa material por el tiempo destinado y que conllevan

desgaste y no se presentan siempre como una actividad voluntaria, sino que más bien, coaccionada. (Durán., 2012)

## Capítulo II: Trabajo no remunerado

El trabajo no remunerado se puede definir como “el tiempo de esfuerzo aplicado al mantenimiento y transformación del entorno” (Durán, 2012, p. 207). Se puede dividir principalmente en cuatro tipos:

- Trabajo de subsistencia.
- Trabajo voluntario o de servicio a la comunidad.
- Trabajo doméstico.
- Trabajo de cuidados familiares.

En general, según Aguirre et al. (2005), el primer tipo de trabajo engloba las actividades sin remuneración en la producción de bienes y servicios para uso propio o de alguno de los miembros del hogar, el segundo supone aportaciones de tiempo voluntarias a labores domésticas o de otro tipo llevadas a cabo por un filántropo, el tercero, por su parte, se refiere a la sumatoria de tareas domésticas (planchar, cocinar, hacer trámites, etc.) y, finalmente, el cuarto tipo está referido a la acción de cuidar a una persona dependiente que sea parte del núcleo familiar. Los dos primeros tipos de trabajo abarcan aspectos que son racionalizados como una tarea primordialmente masculina por la investidura física del hombre, sin embargo, el tercer y cuarto tipo de trabajo no remunerado son particularmente relevantes en lo que Durán (2012) acuña a trabajos interpretados como una obligación en función de la pertenencia a algún colectivo construido sobre criterios de sexo, fundamentalmente, sobre el sexo femenino. La naturalización de “la obligación” de realizar ciertas tareas no remuneradas choca de cajón con las resonadas manifestaciones feministas que buscan la remoción de los viejos cimientos de género, sin embargo, esta realidad se hace de manifiesto y con vehemencia en los hogares (Durán, 2012).



## El valor en la economía global del trabajo no remunerado

El trabajo no remunerado posee un rol central dentro de las sociedades, sin embargo, a menudo se tiende a subvalorar su aporte dentro de las macroeconomías actuales.

Según Durán (2012), el trabajo en la actualidad se asocia mayoritariamente al empleo, vale decir, a los oficios remunerados; esta asociación de trabajo es también repetida por los Estados, los cuales, en la mayoría de sus cartas fundamentales, recogen los derechos laborales como derechos de empleados, dejando de lado a una gran cantidad de personas que también trabajan pero que no calzan con ésta definición, como lo son los trabajadores no retribuidos, los forzados, los que van por cuenta propia, los independientes, etc. Sin embargo, tal como señala Cristina García Sainz (2002), desde fines del siglo XX se ha comenzado a cuestionar esta identificación tradicional del trabajo igual a empleo y se ha comenzado a asimilar más al trabajo tanto en sus corrientes mercantiles como no mercantiles, esto a pesar de que los teóricos científicos tradicionales no comparten este razonamiento debido a que si se consideran estas fuerzas de trabajo los indicadores económicos, como el PIB por ejemplo, distarían de lo que son actualmente.

En la actualidad y casi a nivel mundial (con excepción de ciertos países donde priman las economías rurales y agrarias) se está en un proceso de 'asalarización' de la población activa trabajadora lo que vendría a ser el colofón de la transición desde una economía informal de subsistencia. Si bien existe el trabajo remunerado por una parte, distinguible y separable del no remunerado, sobre este último aún no se sabe en demasía sobre sus tasas reales (pocos países fijan estudios que aborden explícitamente éstas cifras), sin embargo, de lo que si se está seguro es que, en primer lugar, es un trabajo que tiene mayor volumen de población implicado, principalmente, por las horas que destinan mujeres de todo el mundo a este tipo de trabajo y, en segundo lugar, es tan heterogéneo en condiciones, locaciones y tipos como el asalariado.

Los estudios realizados en España por M.A. Durán en el 2000 y el 2012 dan cuenta de dos hechos particularmente relevantes en lo que respecta a trabajo no remunerado y su relación con el género (véase Cuadro 1 y 2, Anexo):

- El trabajo no remunerado representa más de dos terceras partes del trabajo llevado a cabo por los ciudadanos en horas contables.
- Desde un punto de vista del género, las mujeres dedican casi 9 veces más tiempo ejerciendo en el trabajo no remunerado que en el remunerado (8 horas vs. 56 horas), mientras que los hombres lo hacen prácticamente en la misma proporción (18 horas vs. 14 horas).

Por otra parte, en lo que respecta a la valoración del trabajo remunerado versus el trabajo no remunerado, queda de manifiesto según Sainz (2002) que éste último tipo de trabajo sufre de la universalización del método de la tasación mercantil de actividades, esto es que se valoren a las actividades ignorando las particularidades que le incrementan su valía. Dicho de otra forma, si al trabajo no remunerado se le valorará socialmente se podría dar cuenta de la disparidad que existe entre precio y valor, puesto que existen “determinados aspectos del trabajo (no remunerado) que aportan satisfacción y bienestar individual, familiar o social que en el mercado no encuentran equivalente” (p. 145).

## La desigualdad en el trabajo no remunerado

El trabajo no remunerado en cualquiera de sus variedades tiene inserto en su génesis una concepción cargada de estereotipos, los cuales están insertos en las preconcepciones que la ciudadanía tiene ante este tipo de trabajo. Un estudio llevado a cabo por ONU Mujeres (2015) demostró que existen cuatro hechos claves que explican el por qué existe una distribución asimétrica, desde el punto de vista de género, y una subvaloración respecto al trabajo no remunerado:

- El trabajo no remunerado se distribuye desigualmente como consecuencia de los estereotipos de género arraigados en la población. Las mujeres de 12 años y más triplican el valor registrado por los hombres, mientras que ellos en el trabajo de mercado las duplican a ellas.
- Se le resta valor al trabajo no remunerado en la sociedad ya que se tiende a pensar que es un trabajo que no requiere cualificación y, por tanto, se perpetúa la discriminación hacia la mujer.

- El valor de los trabajos no remunerados es fundamental en la sociedad, sin embargo, no se reconoce como una parte central de la economía nacional.
- La mayor inserción de la mujer en el trabajo remunerado se hace en el contexto de desigualdad que subyace al trabajo no remunerado.

Entonces, el eje de la desigualdad del trabajo entre hombres y mujeres, tal como señala Gómez (2008), radica en el menosprecio que se le da al trabajo no remunerado ya que se ve como un sustento del trabajo pagado y porque, a pesar de que las mujeres han aumentado su participación laboral, todavía no existe una redistribución de las tareas que no son retribuidas económicamente. El que las mujeres sigan siendo mayoritariamente las encargadas de llevar a cabo las tareas domésticas o de cuidado, supone un doble varapalo para ellas ya que, en primer lugar, su trabajo no es contabilizado por las herramientas de medición gubernamentales y, en segundo lugar, porque la carencia de autonomía laboral supone carencia de autonomía financiera y a largo plazo un detrimento en la previsión y jubilación (p. 8-9).

## Trabajo doméstico y de cuidado

El trabajo doméstico al igual que el de cuidado puede ser analizado desde el punto de vista de la fuerza trabajadora remunerada y no remunerada. Existen múltiples empleos, como son el ser trabajadora de puertas adentro o enfermera particular, en los cuales, luego del desembolso de una cantidad de dinero, se pueden adquirir los servicios de una persona abocada a una actividad que satisfaga cualquiera de estas actividades, principalmente feminizadas. Sin embargo, el enfoque que se tomará para el presente escrito será el de las personas que asumen estas tareas sin recibir una remuneración salarial por ellas.

El trabajo doméstico es un concepto bastante complejo porque si bien se asumen una cierta cantidad de funciones que este trabajo cumple, no se dimensionan todas. Según Aguirre (2009) el trabajo doméstico incluye todas las típicas tareas asociadas al hogar, tanto dentro de él como cocinar, limpiar, lavar, planchar- y fuera de él, -

como pagar cuentas, hacer trámites, etc.-, así como también se añaden a estas actividades la producción de bienes y alimentos para el hogar<sup>1</sup>.

A nivel mundial, según Durán (2012), “la mayor parte del trabajo doméstico no remunerado es realizado por mujeres” (p.41), lo cual implica que, por una parte, las mujeres ven reducidas las posibilidades de incorporarse a un trabajo que sea remunerado y, por otra, que existe una perpetuación de la división sexual relativa al trabajo.

Por otra parte, el trabajo doméstico es uno de los más subvalorados tanto económica como socialmente, según Valenzuela y Mora (2009), existen cinco factores que explican esto:

- El trabajo doméstico es gratuito, no se paga, y bajo la lógica de mercado esto lo hace ser un trabajo con menor ‘valor’<sup>2</sup>.
- El trabajo doméstico no es un trabajo que, bajo la lógica de mercado, se ‘tercerice’. Es un trabajo pesado en donde se delegan sólo ciertas funciones y del cual se quiere pasar.
- El trabajo doméstico no requiere calificación.
- El trabajo doméstico es un trabajo ‘invisible’ ya que los procesos previos para cumplir con los servicios domésticos no se valoran y en sí el resultado de estos procesos es consumido rápidamente. ‘Se nota cuando falla el resultado más que cuando sale bien’.
- La inserción laboral de la mujer es ‘secundaria’ respecto al rol ‘principal-proveedor’ que tiene el hombre y, por tanto, su tarea ‘principal’ es cumplir con las labores domésticas.

Ahora bien, en lo que respecta al trabajo de cuidado, este es un concepto que, tal como señala Méndez (2013), tiene su origen en la necesidad de buscar una definición más amplia de lo que es trabajo. Esta causa que muchas autoras feministas llevaron adelante en respuesta a las concepciones ‘androcéntricas’ que el mercado sitúa sobre el trabajo, surge de la reunión de diversas corrientes de pensamiento sociológico, antropológico y psicológico, respecto a las primeras dos

---

<sup>1</sup> Es importante discernir que dichas actividades productivas deben estar destinadas para el hogar, porque sino vendrían a ser un tipo de trabajo independiente. Sería, más bien, un tipo de trabajo de supervivencia en un sentido más abstracto integrado al trabajo doméstico.

<sup>2</sup> Si se asume la definición acuñada por Sainz (2002), donde el mercado asimila valor a precio.

se destaca el concepto de 'economía del cuidado', una "crítica feminista a la teoría económica (...) [que] busca hacer visible y diferenciar de la economía de mercado a un conjunto de trabajos y servicios no remunerados" (Arango, 2011, p.92) en los cuales las mujeres juegan un rol preponderante. Por otra parte, desde la corriente psicológica se destacan los conceptos que lleva adelante Carol Gillian de la 'ética del cuidado' y el enfoque psicodinámico de Pascale Moliner (2011) que, en resumidas cuentas, cuestionan la lógica racionalista que normaliza las relaciones de poder en el trabajo de cuidado de personas, el entorno en que estas surgen y la respuesta al sufrimiento que las mujeres pueden padecer en este tipo de trabajo.

El cuidado es "una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro 'mundo', de tal manera que podamos vivir en él lo mejor posible" (Paperman, 2011), por lo tanto, una aproximación a la definición de trabajo de cuidado podría ser todas aquellas contribuciones enfocadas en mantener o preservar la vida de un otro, ayudándolo y asistiéndolo en sus necesidades más elementales, así como también, en la consagración de sus intereses (Méndez, 2013). Según Arango (2011) se puede diferenciar al trabajo de cuidado por las actividades y tareas, por las relaciones sociales, por el carácter remunerado o no del mismo, por la cualificación y por la posición en el orden social. La primera diferenciación está referida al prestigio que tienen ciertas actividades: por una parte están las más 'nobles' que están ligadas al cuidado del ser humano (salud, educación) y otra más 'sucias' relacionadas a mantener las condiciones de vida (limpieza); la segunda diferenciación se relaciona al ámbito donde se llevan a cabo (hogar / privado) y la relación de dominación (natural / contratación) de las labores de cuidado; la tercera diferenciación tiene que ver con si hay un pago de por medio en la actividad realizada; la cuarta diferenciación habla de si quién realiza el trabajo de cuidado lo hace tras profesionalizarse o no; la última diferenciación se refiere a la posición dentro del orden social tanto de la cuidadora como del cuidado.

El trabajo de cuidado es un tipo de trabajo que implica una especial involucración de la persona que ejerce la labor en la realidad del receptor, dicho nexo es especialmente importante desde el punto de vista emocional, más allá de si la labor es remunerada o no, se establecen vínculos afectivos entre el cuidador y el cuidado. En general, el trabajo de cuidado se asocia a aquellas personas que se hallan en

una situación de vulnerabilidad como lo son los infantes, personas discapacitadas, enfermos crónicos y adultos mayores con autonomía altamente reducida (Torns, 2008). Además, según Rodríguez (2000), en más de un 80% este trabajo es afrontado por el sistema informal, vale decir, por familiares y cercanos sin preparación especializada y sin remuneración.

## Capítulo III: El envejecimiento y la dependencia, una labor afrontada por las mujeres

La sociedad, a nivel mundial, se halla, a nivel general, en proceso de envejecimiento (véase Figura 1, 2 y 3, Anexo). Dicha tendencia se refleja claramente en la realidad de la región latinoamericana, en donde hacia 2030 según estimaciones de la ONU (2017) un 25% de la población tendrá más de 60 años. Así también, se está en un período en el cual la esperanza de vida ha aumentado a tasas insospechadas en el siglo pasado, se estima que un 15% de la población en 2030 tenga más de 80 años. Por otra parte, la tasa de fecundidad en la región se prevé que disminuya en más de un 15% de aquí a 2030. En resumen, en América Latina se han combinado los elementos claves que han sentado la transición epidemiológica, por un lado está la drástica disminución de las tasas de mortalidad a raíz de la mejora en las condiciones de salubridad y el control de las enfermedades transmisibles, por otra parte está la disminución de la tasa de fecundidad y, finalmente, la extensión de la esperanza de vida. (OPS, 2012)

La extensión de los años vida no ha supuesto, necesariamente, una mejor calidad de vida, “la vejez está cada vez más lastrada por las enfermedades crónicas y las discapacidades, que a su vez se traducen generalmente en mayores costos de atención de salud y de largo plazo, y aumentan la carga de las familias que cuidan de sus familiares mayores” (OPS, 2012, p.23). Por otra parte, según Alonso Galbán et al. (2007), se puede clasificar el envejecimiento según la dimensión a la cual se refiera, poblacional o individual, así como también, en la escala individual se puede hablar del envejecimiento primario o per-se el cual es “es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad” (p. 3) y el envejecimiento secundario que se produce tras la intervención de fenómenos

aleatorios y selectivos a lo largo de la vida como son las enfermedades. Ahora, si bien es cierto que el envejecimiento no necesariamente significa un menoscabo de las funcionalidades más allá de la degeneración orgánica, en la mayoría de los casos se presentan diversas afecciones que merman las capacidades funcionales de los individuos que están en una etapa avanzada de su vida volviéndolos sujetos 'dependientes funcionalmente', vale decir, sujetos que han perdido su autonomía para llevar a cabo tareas de la vida diaria (Prado & Sojo, 2010). Según cifras aportadas por Bayona Marzo et al. (2012), a nivel de España las cifras de dependencia en personas mayores de 65 años fluctúan entre el 23% y el 51% en los individuos más avanzados, del mismo modo, en Chile según González et al. (2009) las cifras de dependencia en adultos mayores llegan al 24,1% (véase Cuadro 3 y Figura 4, Anexo). En general, el paso de la edad conlleva irremediamente una mayor prevalencia a enfermar y la necesidad de cuidado en dicha etapa, entonces, se "considera anciano sano el que se mueve y toma sus propias decisiones, independientemente de las enfermedades que tenga, y anciano enfermo el que deja de moverse y de tomar sus propias decisiones, se vuelve dependiente; quien requiere de mayor atención y gastos" (Segovia Díaz de León & Torres Hernández, 2011, p. 163).

Para los propósitos de este escrito, se hace interesante el entender el proceso de envejecimiento individual secundario desde dos ópticas, en primer lugar, analizando las características del detrimento funcional del cual es víctima la población de edad avanzada y, en segundo lugar, estudiando la respuesta social a esta realidad desde el punto de vista de quiénes son las personas que deben asumir el trabajo de cuidado de las personas dependientes y por qué deben hacerlo.

## Caracterización de las enfermedades de la vejez

Según Barrantes-Monge (2007), las enfermedades que afectan a los ancianos se caracterizan por cuatro características: pluripatología (interacción de las enfermedades entre sí), cronicidad (prolongación en el tiempo de la enfermedad), presentación atípica (la manifestación de la enfermedad puede estar referida a otro órgano) y deterioro funcional. Sobre esta última característica es importante reparar, según Segovia Díaz de León & Torres Hernández (2011), en la

multidimensionalidad de lo que es el funcionamiento en la etapa de adulto mayor y de que este no está restringido únicamente al estado de salud del individuo (afectado o no por una enfermedad) sino que responde a una visión más holística de la realidad en donde el ambiente, el estado psicológico y las interacciones sociales inciden en “el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno” (p. 164), por lo tanto, cuando el cuerpo, la mente, el entorno y las relaciones confluyen, el anciano llega a un estado de funcionalidad óptima o a una capacidad máxima la cual puede cumplir con independencia las necesidades de subsistencia. Sin embargo, la capacidad funcional de los ancianos, vale decir su grado de independencia para valerse de ellos mismos, se ve mermada por la multiplicidad de enfermedades que les afectan y, si bien no es del todo cierto para la realidad individual de cada persona, se pueden reconocer tres tipos de enfermedades bien definidas: enfermedad aguda, enfermedad crónica y enfermedad terminal, donde las dos últimas son las que tienen mayor preponderancia en esta etapa del ciclo vital (Guijarro, 1999). En particular, en Chile, por ejemplo, los años de vida perdidos en adultos mayores están liderados por: enfermedades digestivas, enfermedades cardiovasculares y condiciones neuropsiquiátricas (véase Cuadro 4, Anexo). Dentro de este último tipo de enfermedades se encuentran el deterioro cognitivo, la demencia, el Parkinson y los trastornos del sueño (MINSAL, 2014).

### La demencia: el ejemplo de la dependencia

Las enfermedades neurodegenerativas son un tema relevante en el ámbito de la psiquiatría y suponen un tipo especialmente complejo de enfermedad porque en muchos casos se desconoce con exactitud las causas del deterioro de parte del sistema nervioso<sup>3</sup>, a pesar de que sus consecuencias son plausibles y visibles. Dentro de las consecuencias más resonadas de las enfermedades neurodegenerativas se encuentran la disminución de la autonomía, la incapacidad laboral y el incremento de la dependencia y, por tanto, de la aparición de la figura del cuidador (Carreres et al., 2004). Dentro de las enfermedades neurodegenerativas se hallan, por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, la

---

<sup>3</sup> En este escrito no se profundizará al respecto, pero todas las enfermedades neurodegenerativas presentan algún grado de anormalidad en la síntesis de proteínas ya sea por genes alterados, errores en el procesamiento, traducción de RNA, plegamiento defectuoso, etc (Segovia de Arana & Mora Teruel, 2002).



enfermedad de Huntington y la enfermedad de Alzheimer. En particular, a esta última se le asocia como la principal causa de demencia en la vejez, entendiendo a la demencia como un “síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido, cuyos pilares fundamentales son los trastornos cognitivos, los trastornos conductuales y un impacto relevante en la funcionalidad o capacidad de llevar a cabo las actividades diarias que se solía realizar” (Gajardo & Monsalves, 2013). Según previsiones de la OMS, los trastornos de demencia tenderán al alza en América Latina, sobre cualquier otra región del mundo, de aquí a 2040 entre un 134 % a 146 % en personas mayores de 60 años.

## El cuidado, labor relegada a la mujer: perfil y descripción

Tal como se ha señalado a lo largo de este escrito, las enfermedades neurodegenerativas y sus consecuencias, como la demencia, inciden en el envejecimiento de las personas, principalmente, porque estas ven mermada su capacidad para llevar a cabo las actividades del diario vivir y, por lo tanto, necesitan del servicio de personas que sean capaces de poder cuidarlos. En línea con lo anterior, toma fuerza el concepto de trabajo de cuidado, el cual se definió como todas las acciones orientadas a preservar la vida de un otro, asistiéndolo en sus necesidades y requerimientos con el fin de ayudarlo a alcanzar un estado de plenitud, y la clasificación de las personas que llevan a cabo este trabajo de cuidado, profesionales y no profesionales, donde los primeros son personas remuneradas, entrenadas para poder lidiar con los requerimientos del anciano, y los segundos son “familiares o personas allegadas quienes se dedican a los cuidados sin ser remunerados ni realizar dicha tarea de forma especializada” (Durán Urbano & Villanueva, 2012).

Como se mencionó en el apartado “La desigualdad del trabajo no remunerado”, la distribución de este tipo de tareas no es igualitaria entre personas de distinto género y en muchas ocasiones está subvalorada socialmente. Esta realidad no difiere en el caso del trabajo de cuidado en donde, según estudios llevados a cabo en España por Durán Urbano & Villanueva (2012), un 71,6% de los cuidadores son mujeres, principalmente, hijas o esposas que viven en el mismo hogar del enfermo, que dedican casi el 70% de su tiempo en atender las necesidades de este y que, en casi

la mitad de los casos lo hacen sin recibir el apoyo de otros familiares. Es decir, son mujeres que deben afrontar la labor del cuidado en soledad, soportando todas las consecuencias que derivan de estar abocada a las necesidades del enfermo.

La caracterización del perfil del cuidador de paciente con demencia llevada a cabo por Espín Andrade (2008), muestra aún más claramente esta realidad desigual y añade entre otras cosas que aquellas personas que se hacen cargo de la labor de cuidar, generalmente, también son personas que se hallan en una mayor prevalencia de padecer alguna afección física y psicológica derivada del estrés, la carga de trabajo y la vulnerabilidad. Además, de ser hijas, esposas y personas más susceptibles de enfermar, el perfil 'tipo' de las cuidadoras también incluye un nivel educacional primario y una situación económica deficitaria. Dentro de las actividades que estas mujeres deben asumir están: "ayudar en actividades instrumentales, cuidados relacionados con actividades de la vida diaria, vigilancia/acompañamiento y administración de la toma de medicamentos" (Rodríguez et al., 2000, p.139).

## Capítulo IV: El impacto del cuidado y sus consecuencias en la salud de las mujeres

Como se ha señalado hasta ahora la labor de cuidado es, principalmente, informal, no remunerada, femenina y desgastante. Precisamente, respecto a la última característica, según los estudios de Rodríguez et al. (2000) y Urbano & Villanueva (2011), la salud de las mujeres cuidadoras (según su propia percepción), decrece producto de las tareas que su trabajo conlleva, así se da el caso de que entre un 45% y un 72% de dichas mujeres considera que su salud se encuentra en un estado bajo el óptimo (véase Cuadro 5, Anexo). Ahora bien, se hace interesante analizar, dentro de la multidimensionalidad del impacto, dos de las afectaciones que son, particularmente, relevantes en la salud de los cuidadores en general, pero con especial énfasis en las mujeres cuidadoras informales: las consecuencias fisiológicas y las consecuencias mentales-psicológicas.

El concepto de 'sobrecarga' se ha venido utilizando desde fines de los años 80 para referirse de manera general al impacto que tiene el cuidar de una persona mayor con demencia. Si bien esta definición encaja con la problematización del cuidado, es

bastante general, por lo cual resulta más precisa la definición que aporta Zarit (1980), quien relaciona la 'sobrecarga' con el grado que el cuidador siente que su salud, su vida social y personal, así como su situación económica, se ven afectadas por el hecho de cuidar.

## **Impacto en la salud física: Desgaste y prevalencia a enfermar**

A nivel general, diversos estudios han demostrado que más allá del género y el nivel de instrucción, el impacto de cuidar se manifiesta en una profunda sobrecarga que llega a más del 90% (Carrillo et al., 2014). En esta línea se hace de manifiesto el denominado 'síndrome del cuidador', una denominación que refiere al cuadro plurisintomático médico, físico, psíquico, psicosomático y social que decanta de la sobrecarga a la cual se ven expuesta los cuidadores (Pérez Trullen et al, 1996).

En particular, en lo referido a las afectaciones físicas del 'síndrome del cuidador' se destaca que la mayor vulnerabilidad que presentan, los hace más propensos a padecer "alteraciones neurológicas (cefalea tensional, insomnio, hipersomnia diurna, pesadillas, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, etc.), respiratorias, hematológicas (anemia, etc.), infecciones (especialmente cutáneas), endocrinas (diabetes, etc.), gastrointestinales, osteomusculares (tendinitis, dolor articular, mialgias, dolor de columna vertebral, etc.) e incluso alteraciones inmunológicas" (Pérez Trullen et al, 1996, p.5). Estas conclusiones se ven reafirmadas, por ejemplo, en el estudio realizado en México por López Gil et al. (2009) donde se encontró que en todos los indicadores sintomáticos (cefalea, dolor de espalda, algias musculares, cansancio/fatiga, alteraciones del sueño y apatía) los cuidadores obtenían peores indicadores que el resto de la población (véase Figura 6, Anexo).

## **Impacto en la salud mental**

### **Estado de la salud mental: causas**

La salud mental según la OMS (2004) es "un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones 'normales' de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (p.16), vale decir, la salud mental (tal como

el concepto de salud) va más allá de la enfermedad y está referida a una armoniosa combinación de todas las capacidades mencionadas previamente. Este estado se puede ver corrompido por diversas enfermedades, que tienen su origen en circunstancias tan complejas como lo es el cuidado de personas mayores dependientes.

El trabajo de cuidado de adultos mayores genera, comparado al cuidado de otros grupos dependientes como menores, un peor estado de salud mental en los cuidadores (Masanet & La Parra, 2011). Si bien en lo relativo a la salud física la afectación es similar entre hombres y mujeres, en el ámbito de la salud mental se ha encontrado que las cuidadoras presentan un peor estado.

Como se abordó en el capítulo II de este escrito, hay una ostensible desigualdad de cuidadores contra cuidadoras, por lo tanto, se podría tender a pensar que la salud mental de las mujeres que asumen esta tarea se podría ver más mermada y, efectivamente, según un estudio llevado a cabo por Masanet & La Parra (2011), “las mujeres presentaron un estado de salud mental más desfavorable que los hombres en todas las categorías de las variables clase social, edad, horas de cuidado informal y apoyo social funcional”. Es decir, las mujeres cuidadoras más allá de cualquier parámetro con el que se les compare con los hombres, presentan, por su labor de cuidado, una peor salud mental.

Si bien dentro de cada rango las mujeres son las que peor salud mental presentan comparadas con los hombres, es importante señalar que dependiendo del tipo de paciente con el que se trate dependerá a partir de cuánto tiempo de relación se podrán apreciar alteraciones psicológicas en las cuidadoras. Según Masanet & La Parra (2011), las consecuencias “aparecen a partir de las 97 horas semanales en el cuidado a menores, de las 25 horas semanales en el cuidado a personas mayores de 74 años y desde que se dedica alguna hora al cuidado de personas adultas con discapacidad”. Es decir, mientras más extenso es el período de atención y más dependiente es el enfermo (como lo son los pacientes con demencia), mayores son los síntomas de una salud mental en mal estado.

Tal como se ha señalado, la causa de esta salud mental disminuida intensamente en las mujeres está principalmente dada por la mayor dedicación que estas prestan a la actividad de cuidar, tanto en horas como en frecuencia y por los mayores

sacrificios que deben asumir para poder afrontar con entrega esta tarea. Larragaña et al. (2008) añade, además, que “la menor dedicación de las cuidadoras al ejercicio físico y al descanso” explicaría un peor índice de salud mental en comparación con los hombres cuidadores y, por otra parte, un tercer elemento que podría explicar la mayor vulnerabilidad psicológica de las mujeres “podría ser el escaso reconocimiento social de la función de cuidadora: socialmente se sanciona a las mujeres que no asumen dicho papel, y se premia a los hombres con el reconocimiento de cumplir una función extraordinaria”.

## Estado de la salud mental: los padecimientos

Según Paineplán&Kühne (2012), en las cuidadoras no remuneradas el “esfuerzo” cognitivo y conductual que deben realizar para manejar las demandas externas que, en su perspectiva, les exceden, está asociado a una respuesta más que nada emocional, lo cual supone una menor adaptabilidad a condiciones desfavorables que de la enfermedad del anciano pudieran devenir, en comparación al afrontamiento racional y al desapego emocional que las cuidadoras profesionales utilizan. Esta podría ser una de las causas del porque la involucración del cuidado informal es mayor que la del formal.

Se pueden clasificar las consecuencias en la salud mental de las mujeres cuidadoras, principalmente, en dos sintomatologías: depresión y ansiedad (véase Cuadro 6, Anexo).

### Depresión

La depresión consiste en un “trastorno del estado de ánimo, referido a una diversidad de condiciones clínicas caracterizadas, fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto” (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000, p. 418).

Según los estudios de Domínguez et al. (2012), cerca del 65% de las cuidadoras de pacientes dependientes presenta algún grado de depresión. En particular, según lo señalado por Paz Rodríguez (2010) del total de las cuidadoras primarias de pacientes con algún trastorno neurodegenerativo, el 39.3% se puede considerar con sintomatología depresiva.

## Ansiedad

La ansiedad, atañe “a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico” (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003, p. 10-59).

En base a los estudios de Domínguez et al. (2012), se puede señalar que cerca del 74% de las cuidadoras de pacientes dependientes presenta algún grado de ansiedad. En particular, tal como afirma Paz Rodríguez (2010), del total de las cuidadoras primarias de pacientes con algún trastorno neurodegenerativo, el 48,3% se puede considerar con sintomatología ansiosa.

## Capítulo V: Proyecciones, políticas gubernamentales de apoyo y respaldo

La problemática de la sobrecarga del cuidado no profesional trasunta a los ámbitos familiares y ha pasado a ser materia de Estado en diversos países. En esta línea se destacan los enfoques gubernamentales orientados a: asistir a los cuidadores no profesionales y, por otra, en mejorar las condiciones del trabajo de los cuidadores.

Un ejemplo de medidas enfocadas en ‘capacitar’ a los cuidadores del círculo familiar y cercano se da en el “Plan de apoyo al cuidador de personas en situación de dependencia severa” (MINSAL, 1999), el cual se enfoca en brindar atención domiciliaria al paciente en caso de que no se pueda trasladar al recinto asistencial más cercano, así como, en entregarle capacitación básica al cuidador primario para que pueda atender de la mejor forma una persona enferma. Por otra parte, dentro de las medidas enfocadas a mejorar la calidad del trabajo no profesional de cuidado, está el “Programa de pago de cuidadores de personas con discapacidad”, el cual como su nombre señala plantea el pago de una cuota mensual por los servicios prestados, \$27.500 máximo. Este plan viene a ser un punto medio entre la ‘valorización del trabajo’ y el reconocimiento de una carencia socioeconómica de los cuidadores, principalmente, mujeres.

Así también, en el fondo de la cuestión se halla considerar a la demencia como una verdadera problemática de salud pública que necesita una respuesta organizada y ordenada por parte del estado, abogando por una intervención primordial y de prevención primaria junto con promocionar conductas que apunten a mejorar la salud de la población para disminuir los índices de prevalencia que se asocian a las enfermedades neurodegenerativas (Gajardo & Abusleme, 2016).

Finalmente, tal como señalan Vaquiro Rodríguez & Stiepovich Bertoni (2010), es necesario “implementar un nuevo paradigma en la incorporación del hombre al trabajo doméstico como evento revolucionario que se requiere en los nuevos roles socioculturales, con participación equitativa hombre/mujer, con resultados reflejados en la dinámica familiar de igualdad y respeto en la socialización de los hijos” (p.15).

## Conclusiones

La sociedad actual aún se halla bajo la influencia de cánones culturales que adjudican ciertos roles de género para hombres y mujeres. En esta línea, son las mujeres quienes deben asumir las labores de trabajo no remunerado, coartando su futuro profesional y el desarrollo de sus intereses para asumir tareas que, por ‘naturalidad’, les son propias como el trabajo doméstico y de cuidado. En relación a este último tipo de trabajo es que se ha sentado la línea argumental de este trabajo, el cuidado de los/as pacientes con su autonomía reducida como una tarea asumida por las mujeres.

El advenimiento de los años finales de la vida conlleva en la mayoría de los casos, un envejecimiento del tipo secundario, vale decir, uno en el cual las enfermedades están presentes y determinan un condicionante para poder vivir con plenitud los años finales de la vida. En esta línea se hace imprescindible la presencia de los/as cuidadores/as, los cuales tienen como función apoyar y colaborar para que las personas mayores, que se hallan en una situación en la cual no puedan llevar a cabo sus tareas mínimas, puedan acometer el objetivo de una víspera a la muerte en las mejores condiciones posibles.

Ahora bien, tal como se ha señalado en este escrito, detrás del propósito de una buena vejez se esconde una complicada red de transformaciones demográficas y epidemiológicas que, a nivel mundial, apuntan a un aumento de la población mayor

y de su esperanza de vida junto con una disminución de las tasas de natalidad. En esta línea se ha podido ver, además, que la expansión de la vida no supone una mejor calidad de vida, al contrario, se está en una etapa en donde las enfermedades crónicas y de discapacidad asociadas al paso de los años, están en expansión, un ejemplo claro de eso es el avance de los trastornos neurodegenerativos y de la demencia.

En vista del avance de las enfermedades que generan alguna discapacidad, cada vez habrá mayor requerimiento de personas que se encarguen de cuidar a las personas enfermas, y, tal como se ha abordado en este escrito, han sido mayoritariamente las mujeres quienes han debido afrontar esta labor sin remuneración de por medio, ya que son principalmente, hijas y madres las que se hacen cargo de la labor de cuidar.

El cuidado trae consecuencias y diversas alteraciones a la salud de las personas que cuidan. En el caso de las cuidadoras de pacientes con autonomía reducida, se ha evidenciado que ellas experimentan la 'sobrecarga' por el trabajo y el 'síndrome del cuidador' derivado de los requerimientos y de la dedicación que supone el encargarse de una persona enferma y dependiente. En particular, en lo que respecta a la salud mental de las cuidadoras se ha visto a través de múltiples estudios que son ellas las que sufren con mayor vehemencia los trastornos psicológicos asociados al cuidado, como lo son la ansiedad y la depresión.

Por último, se ha podido observar en esta monografía que, a pesar de los programas de apoyo al cuidador, los Estados representados en los gobiernos adolecen de un tratamiento serio al flanco más próximo de la 'crisis del cuidado', la desigualdad en el cuidado y que dicho cambio de mentalidad, que requiere de un largo trecho para poder dejar de lado los resquicios de la obligatoriedad per sé asociada a la mujer y al cuidado, es necesario abordarlo a través de políticas públicas que aseguren un respaldo suficiente para las mujeres que deben cuidar, para que ellas mientras ocurre la transformación social no se vean obligadas a sufrir de las consecuencias del cuidado, en particular, el deterioro de su salud mental.



## Bibliografía

- Aguirre, R. (2005). El tiempo, los tiempos, una vara de desigualdad (Vol. 65). UnitedNationsPublications.
- Alonso Galbán, P., SansóSoberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A. M., Carrasco García, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana de salud pública*, 33.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe.
- Arango, L. G. (2011). El trabajo de cuidado: ¿servidumbre, profesión o ingeniería emocional?. *El trabajo y la ética del cuidado*, 91-109.
- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E. J., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *salud pública de méxico*, 49, s459-s466.
- Bayona Marzo, I., de Santiago, F., Martínez León, M., & Navas Cámara, F. J. (2012). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos*, 23(1), 19-22.
- Bermúdez, G. M. (2006). Mujer, trabajo y familia. *Inventio, la génesis de la cultura universitaria en Morelos*, (4), 23-30.
- Carrasco, C. (1999). Mujeres y economía. Nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas. *Icria*.
- Carreres, M. A., Falguera, N. T., & Figuera, R. G. (2004). Enfermedades neurodegenerativas. *Rehabilitación*, 38(6), 318-324.
- Carrillo, G. M., Chaparro Díaz, L., & Sánchez Herrera, B. (2014). Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. *Ciencia y enfermería*, 20(2), 83-91.
- Conway, J., Bourque, S., & Scott, J. (1996). El concepto de género. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, 21-33.
- Decreto 28, Reglamento para la ejecución de la asignación "programa pago de cuidadores de personas con discapacidad". *Boletín Oficial del Estado*. <http://bcn.cl/1zfze>
- Domínguez, J. A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M. T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN-Medicina de familia*, 38(1), 16-23.

- Durán, M. Á. (2012). El trabajo no remunerado en la economía global. Fundación BBVA.
- Durán, M. Á. (2000). "Los/as trabajadores/as no remunerados/as en España".
- Espín Andrade, A. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34, 1-12.
- Fisher, B., & Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. *Circles of care: Work and identity in women's lives*, 35-62.
- Gajardo, J., & Abusleme, M. T. (2016). Plan nacional de demencias: antecedentes globales y síntesis de la estrategia chilena. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 286-296.
- Gajardo, J., & Monsalves, M. J. (2013). Demencia, un tema urgente para Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(1), 22-25.
- García Sainz, C. (2002). Trabajo no remunerado versus mercantilización: hacia un reparto de responsabilidades entre hogar, mercado y Estado. *RES. Revista Española de Sociología*.
- Gómez, E. (2008). La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género. OPS. *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y evaluar el trabajo doméstico no remunerado*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 3-19.
- González, F., Massad, C., Lavanderos, F., Albala, C., Sanchez, H., & Fuentes, A. (2009). Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. Chile: SENAMA.
- Guijarro, J. L. (1999). Las enfermedades en la ancianidad. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 22, pp. 85-94).
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter?. *International journal of epidemiology*, 32(4), 652-657.
- Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría género. *Nueva antropología*, 8(30), 196.
- Lamas, M. (2000). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de

vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género.

Gaceta sanitaria, 22(5), 443-450.

- López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., Moreno, A., & Javier, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.
- Magally, S. (2011). Cerca de 5 millones de hogares mexicanos jefaturados por una mujer: Conapo/Cimacnoticias (México, D. F.). Disponible en línea: <http://www.cimac.org.mx/noticias/01may/01051402.html> (Recuperado el 22 de septiembre de 2018).
- Masanet, E., & La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 257-266.
- McKeown, R. E. (2009). Theepidemiologictransition: changingpatternsofmortality and populationdynamics. *American journaloflifestyle medicine*, 3(1\_suppl), 19S-26S.
- Méndez, L. S. G. (2013). Trabajo de cuidado y vejez: condiciones laborales, dinámicas organizacionales y devaluación social (Doctoral dissertation, Uniandes).
- Ministerio de Salud. (2014). Programa Nacional de salud de las personas adultas mayores.
- MINSAL (1999). Plan de apoyo al cuidador de personas en situación de dependencia severa. Programa del Adulto Mayor. Unidad de Discapacidad y Rehabilitación: Chile. p. 7-11.
- Molinier, P. (2011). Le careàl'eprevéu du travail: Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. *Raisonspratiques*, 339-357.
- Montero, J. (2006). Feminismo: un movimiento crítico. *PsychosocialIntervention*, 15(2), 167-180.
- Olivares, P., & Miranda, V. (2008). Dependencia de los Adultos mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud, Departamento de Economía de la Salud-MINSAL, División de Planificación Regional de MIDEPLAN.
- OMS (2004). Promoción de la salud mental. Ginebra.

- ONU Mujeres. (2015). Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado . Recuperado de <http://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2016/trabajo%20dome%CC%81stico%20serie%20transformar%20nuestro%20mundo.pdf?la=es&vs=1057>
- OPS. (2012). La salud en las Américas (pp. 12-60). Washington, D.C.
- Painepán, B., & Kühne, W. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica UST (En línea)*, 9(1), 5-14.
- Paperman, P. (2011). La perspectiva del care: de la ética a lo político. Arango Gaviria LG, Molinier P, comp. *El trabajo y la ética del cuidado*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, La Carreta Social.
- Paz Rodríguez, F. (2010). Predictores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos. *Rev. Ecuat. Neurol*, 19(1-2), 1-9.
- Pérez Trullen, J. M., Abanto Alda, J., & Labarta Mancho, J. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos de deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención Primaria*, 18(4), 194-202.
- Prado, A., & Sojo, A. (2010). Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral. CEPAL.
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G., Wu, Y., & Prina, M. (2015). Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. Las consecuencias de la demencia. Análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias. *Alzheimer's Disease International (ADI)*. Londres.
- Rodríguez, I. M., Carrasco, A. M., Calvente, M. G., Cuadra, P. G., Jiménez, E. G., & Fernández, L. L. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atención primaria*, 26(3), 139-144.
- Segovia de Arana, J. M., & Mora Teruel, F. (2002). Enfermedades neurodegenerativas. *Serie Científica*.
- Segovia Díaz de León, M. G., & Torres Hernández, E. A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.

- Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*, (15), 53-73.
- Urbano, R. L., & Villanueva, P. A. (2012). Estudio descriptivo sobre el perfil de los cuidadores de personas con demencia: la feminización del cuidado. *Psicogente*, 15(27), 24-35.
- Valdivia, G. (2006). Transición epidemiológica: la otra cara de la moneda. *Revista médica de Chile*, 134(6), 675-678.
- Valenzuela, M. E., & Mora, C. (2009). Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente. Santiago: Organización Internacional del Trabajo.
- Vaquiro Rodríguez, S., & Stiepovich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24.
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, 20(6), 649-655.

## Anexo

	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje
<b>Trabajo monetarizado</b>	8,2	18,0	26,2	27,3
<b>Trabajo no monetarizado</b>	56,1	13,9	69,9	72,7
<b>Carga global de trabajo (semanal)</b>	64,3	31,9	96,1	100

**Cuadro 1:** *Distribución de la carga de trabajo por género.* Basado en: Durán, M. Á. (2000).

Horas anuales	Total %	Hombres	Mujeres	Hombres viven en pareja	Mujeres viven en parejas	Amas	Jubilados/as
<b>Nada (0) horas</b>	9,1	16,4	2,0	31,5	0,9	0,7	10,4
<b>1 - 1.460 (730) horas</b>	59,0	72,3	46,2	60,0	39,8	14,0	51,4
<b>1.461 - 2.190 (1.828) horas</b>	16,3	6,7	25,5	4,2	25,2	29,3	23,2
<b>2.191 - 2.920 (2.556) horas</b>	7,6	2,1	13,0	0,4	12,9	27,4	7,7
<b>2.920 (2.920) horas</b>	3,6	0,5	6,5	0,4	8,4	12,4	2,9
<b>2.921 - 4.015 (3.468) horas</b>	2,0	0,4	3,6	0,5	4,6	10,4	1,0
<b>+ 4.015 (4.015) horas</b>	1,5	0,2	2,1	0,3	2,8	4,2	1,2
<b>SR</b>	1,3	1,4	1,1	5,4	2,8	1,6	2,3
<b>Media</b>	1173	751	1522	598	1644	2266	1191

**Cuadro 2:** Trabajo no remunerado en España al año 2008 en hombres y mujeres (excluye el de cuidado). Obtenido de: Durán, M. Á. (2012). El trabajo no remunerado en la economía global. Fundación BBVA.

Grupos de edad	Número	Porcentaje
<b>Dependientes</b>	<b>405.539</b>	<b>24,1</b>
<b>No Dependientes</b>	1.276.792	75,9
<b>Total</b>	1.682.331	100

**Cuadro 3:** Personas Mayores con dependencia. Adaptación realizada de: Olivares, P., & Miranda, V. (2008). Dependencia de los Adultos mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud, Departamento de Economía de la Salud-MINSAL, División de Planificación Regional de MIDEPLAN.

Patología	% AVISA (65-74)	% AVISA (75 +)
<b>Condiciones neuropsiquiátricas</b>	14,9%	24,9%
<b>Enf. cardiovasculares</b>	14,4%	16,7%
<b>Enf. digestivas</b>	17,2%	14,2%

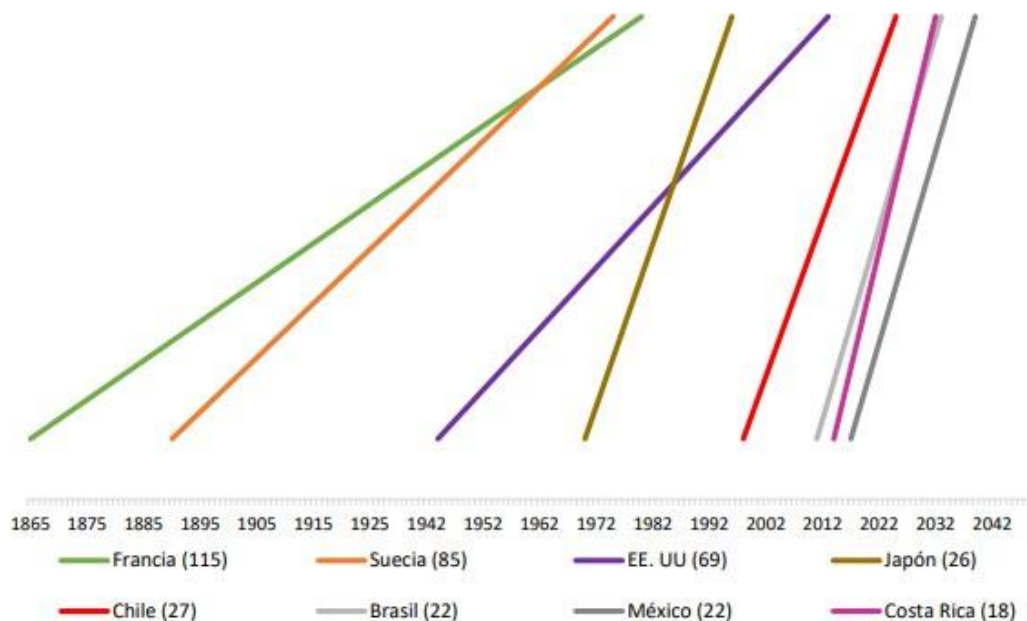
**Cuadro 4:** Porcentaje de años perdidos en adultos mayores en Chile por algunas enfermedades crónicas. Basado en: Ministerio de Salud. (2014). Programa Nacional de salud de las personas adultas mayores.

Salud del cuidador	Frecuencia	%
<b>Muy buena</b>	6	4,7
<b>Buena</b>	38	29,9
<b>Normal</b>	36	28,3
<b>Mala</b>	37	29,1
<b>Muy mal</b>	8	6,3
<b>No contesta</b>	2	1,6

**Cuadro 5:** Estado de salud del cuidador de un universo de 127 personas. Adaptación de: Urbano, R. L., & Villanueva, P. A. (2012).

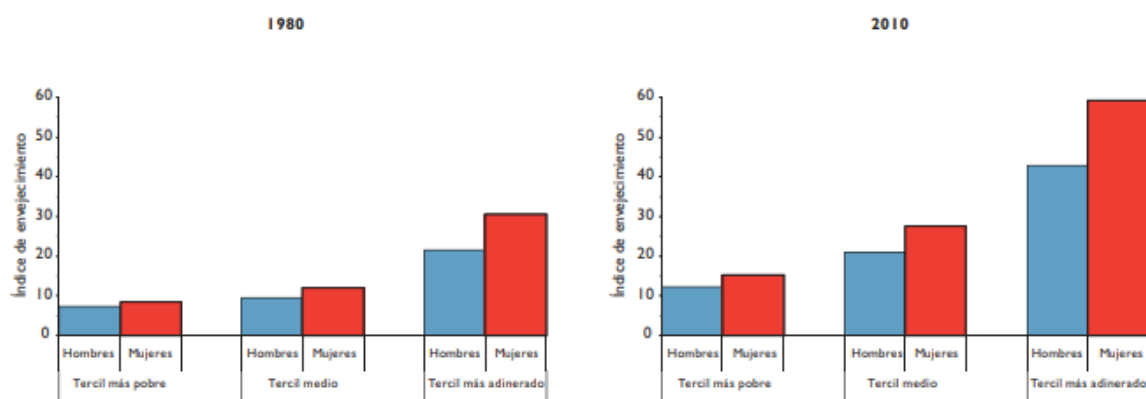
	Ansiedad	Depresión
<b>Media</b>	2,52	3,61
<b>Desv. Tip.</b>	0,68	0,49
<b>Mínimo Posible</b>	1,00	1,00
<b>Máximo Posible</b>	4,00	4,00

**Cuadro 6:** Dimensiones de salud de cuidadores informales. Adaptado de: Painepán, B., & Kühne, W. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Summa psicológica UST (En línea), 9(1), 5-14.

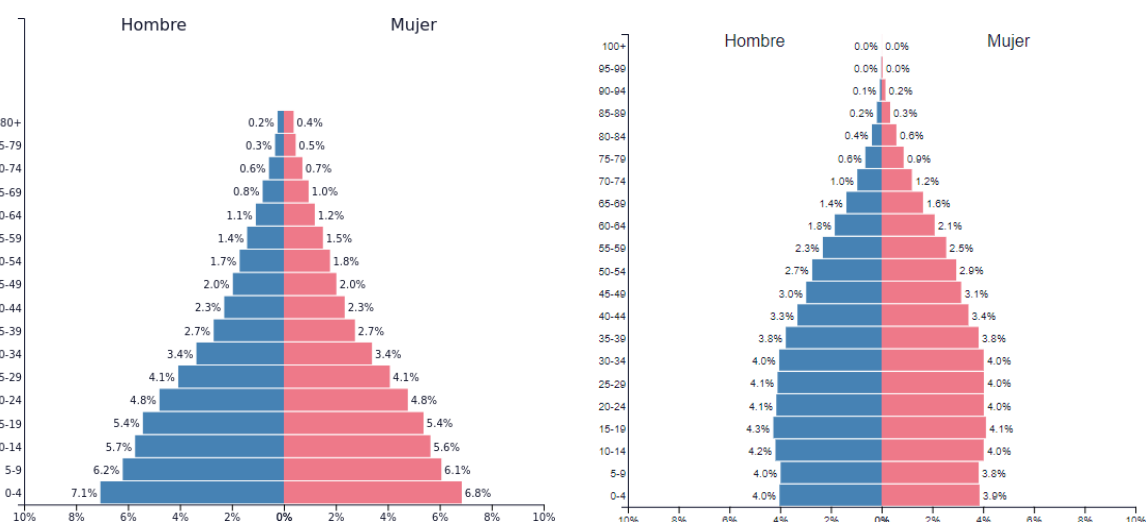


**Figura 1:** “Años necesarios para que la población de 65 años y más pase del 7% al 14%”. Obtenido de: Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe.

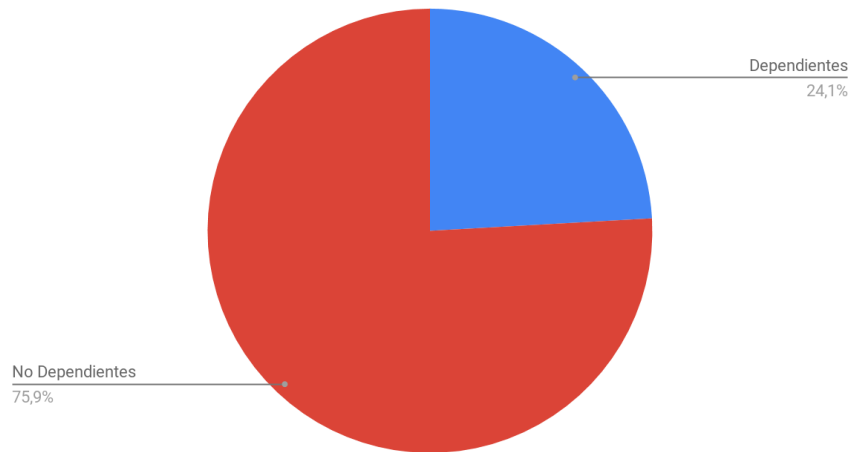




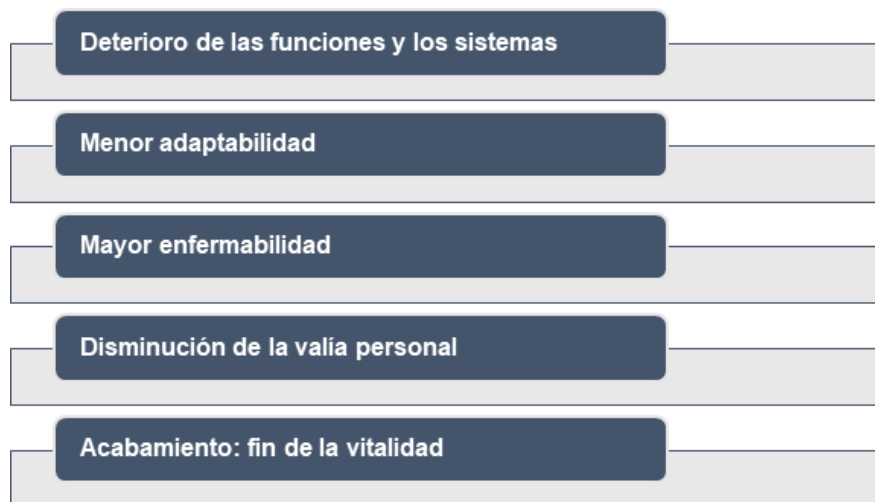
**Figura 2:** “Población mayor de 65 años como porcentaje de la población menor de 15 años (índice de envejecimiento), por tercil de ingresos, Región de las Américas, 1980 y 2010. Obtenido de: OPS. (2012). La salud en las Américas (pp. 12-60). Washington, D.C.



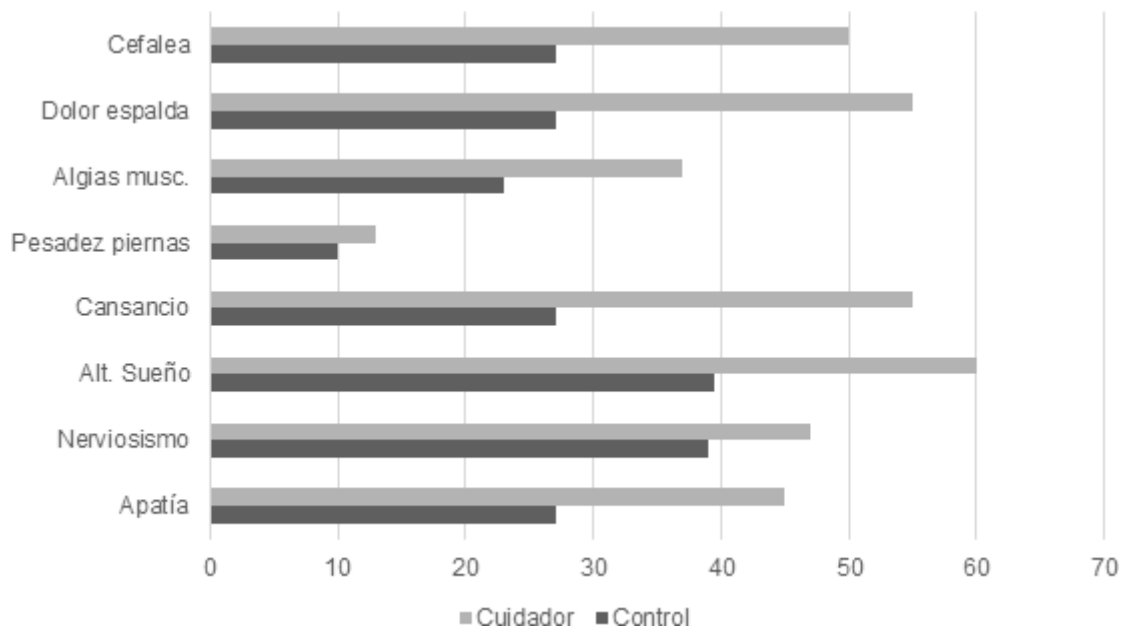
**Figura 3:** Pirámide poblacional de América del sur; a la izquierda la del año 1982 y a la derecha la del año 2017. Adaptación de los gráficos realizados en <https://www.populationpyramid.net/es/am%C3%A9rica-del-sur/1982/> en base a la recopilación de los datos de la ONU (2017).



**Figura 4:** Personas Mayores con dependencia. Adaptación realizada de: Olivares, P., & Miranda, V. (2008). Dependencia de los Adultos mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud, Departamento de Economía de la Salud-MINSAL, División de Planificación Regional de MIDEPLAN.



**Figura 5.** Las características de la vejez. Basado en: Guijarro, J. L. (1999). Las enfermedades en la ancianidad. In Anales del sistema sanitario de Navarra (Vol. 22, pp. 85-94).



**Figura 6.** Síntomas del cuidador. Adaptado de: López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., Moreno, A., & Javier, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.