



“Perfil sociodemográfico y nivel de autocuidado del cuidador principal del preescolar”

**Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en
Enfermería**

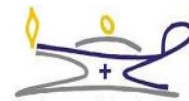
Autores:

Jorge Ávila Hailla.
María Chaparro Aguilera
Manuel Estay Fuentes
Esteban León Riveros
Carolina Mora Bruna
Joceline Parra Pérez
Keila Puga Allendes
Francisco Tapia Lotina

Docente Guía:

Carmen Gloria Garcés

Universidad de Valparaíso – Campus San Felipe 2015



I. Agradecimientos

Para hacer posible la realización de la presente tesis fue necesario el apoyo de muchas personas, las cuales se hacen acreedoras de un enorme agradecimiento.

En primer lugar a nuestra familia, la cual nos brinda apoyo moral, económico y principalmente afectivo. Gracias por estar presente en todo momento con nosotros, por tener paciencia y entender nuestros momentos de ausencia. Sin su ayuda y motivación este camino sería difícil de recorrer.

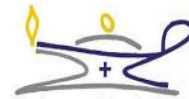
A nuestra asesora de tesis, profesora Carmen Gloria Garcés, por guiarnos en la realización de este arduo trabajo y facilitar el desarrollo de este estudio. Gracias por poner a nuestra disposición sus conocimientos, tiempo y experiencia.

Agradecer a la Directora del Jardín Infantil “El Trencito”, Sra. Maribel Tapia, por su buena recepción y estar siempre dispuesta a brindarnos su ayuda, gracias por facilitarnos el trabajo en dicho establecimiento. A los apoderados del Jardín infantil “El Trencito”, por su buena disposición al contestar las encuestas. Gracias por aceptar ser parte de nuestro estudio.

A nuestra Directora de carrera, profesora Magdalena Silva, por estar presente en el inicio de nuestro proyecto de tesis y por realizar las gestiones correspondientes con JUNJI para obtener el permiso requerido para realizar nuestro estudio.

Finalmente a la Universidad de Valparaíso – Campus San Felipe junto a sus docentes, por brindarnos los conocimientos necesarios en estos años de estudio. Gracias por ser parte de este largo camino.

A todos ustedes, gracias.



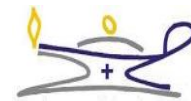
II. Resumen

A nivel nacional el cuidado de los menores ha dejado de ser una responsabilidad exclusiva de la madre, asumiendo esta labor otra persona encargada de satisfacer las necesidades del menor. Mediante el presente estudio se busca conocer las características sociodemográficas y nivel de autocuidado del cuidador principal del preescolar, puesto que los valores, creencias y modos de vida se aprenden y transmiten según el entorno cultural en el que se encuentre el preescolar.

En este estudio de investigación participaron 41 individuos identificados como cuidadores principales del preescolar asistente al jardín infantil “El Trencito”. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario previamente testado en personas con un perfil similar a la población en estudio, junto al instrumento ASA “Escala de Apreciación de la Agencia de autocuidado de Esther Gallegos”, la cual ha sido utilizada en estudios a nivel latinoamericano.

De los sujetos en estudio se reconoce que un 54% de estos posee regular agencia de autocuidado, un 41% presenta un buen nivel, mientras que un 5% presenta una baja agencia de autocuidado. En cuanto a la predominancia de género el 90% son mujeres cuidadoras y el 76% son madre del menor. En relación a la escolaridad, el 29% presenta un nivel educacional superior completa, siendo este el mayor porcentaje, mientras que el menor corresponde a la educación básica completa con un 7%. De acuerdo a la distribución etaria la mayor representatividad se encuentra en los rangos 25-29 y 30-34 años con un 24% en ambos casos, mientras que el menor porcentaje está entre los 50-54 años con un 2%.

Finalmente, se concluye que se debe promover el autocuidado a quien asume el rol de cuidador principal, puesto que gracias a esto se favorecerá el crecimiento óptimo del preescolar y el futuro desarrollo de capacidades para comprometerse con su autocuidado.



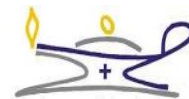
III. Abstract

Nationally, the care of children is no longer the exclusive responsibility of the mother, assuming this work other person in charge of meeting the child's needs. The general purpose of this research is to know the sociodemographic characteristics and self-care level of the primary caregiver of preschool children, since values, beliefs and ways of life are learned and transmitted according to the cultural environment in which the preschool children is located.

In this research study 41 individuals were involved identified as primary caregivers of the preschool children who attends the kindergarten “El Trencito”. This is a quantitative, descriptive and transversal study. For data collection it was used a questionnaire previously tested on persons with a similar profile to the population under study, with the instrument ASA “Appraisal of Self-care Agency Scale” of Esther Gallegos, which it has been used in studies in Latin America.

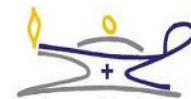
Of the subjects under study it's recognized that 54% of these possesses regular self-care agency, 41% have a good level, while 5% has low self-care agency. As for the gender predominance 90% are female caregivers and the 76% are the child's mother. In relation to schooling the 29% present complete higher education level, being this one the highest percentage, while the lower corresponds to complete basic education with a 7%. According to the age distribution the highest percentage of age it's in the range 25-29 and 30-34 years old with 24% in both cases, while the lowest percentage is between 50-54 years old with 2%.

Finally, it's conclude that the self-care should be promoted to whom assumes the role of primary caregiver, as this will encourage the optimum growth of preschool's children and their future capacities development to commit in self-care.

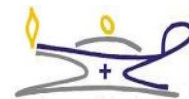


IV. Índice de contenidos

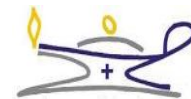
	Página
<u>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</u>	10
1.1. Introducción.....	11
1.2. Antecedentes y justificación del problema.....	13
1.3. Delimitación del problema.....	15
1.4. Definición de términos.....	15
1.5. Limitación de estudio.....	16
<u>CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL</u>	17
2.1. Preescolar.....	18
2.1.1 Definición de preescolar y características de su desarrollo.....	18
2.1.2 Preescolar y ambiente.....	20
2.2. Cuidador principal del preescolar.....	21
2.2.1 Definición e importancia del cuidador principal.....	21
2.2.2 Características del cuidador principal del preescolar.....	24
2.2.2.1 Madre y perfil derivado de autocuidado.....	26
2.2.2.2 Padre y perfil derivado de autocuidado.....	28
2.2.2.3 Abuelos y perfil derivado de autocuidado.....	30
2.2.2.4 Jardines infantiles.....	32
2.2.2.5 Otras personas externas al grupo familiar.....	33
2.3. Autocuidado.....	34
2.3.1 Autocuidado.....	34
2.3.1 Relación del autocuidado con el preescolar.....	36
2.3.2 Influencia del cuidador principal en relación con los hábitos del preescolar.....	38



2.4. Pregunta de investigación y Objetivos.....	39
2.4.1. Pregunta de investigación.....	39
2.4.2 Objetivo general.....	39
2.4.3 Objetivos específicos.....	39
2.5. Definición y operaciones de las variables.....	40
<u>CAPITULO 3: METODOLOGÍA</u>	50
3.1 Tipo de diseño de la investigación.....	51
3.2 Población de estudio-Definición del universo.....	51
3.3Diseño muestral.....	52
3.3.1 Estimación del tamaño muestral.....	52
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión de individuos de la muestra.....	53
3.4 Método de recolección de datos.....	54
3.5 Descripción de instrumento.....	55
3.5.1 Instrumentos.....	55
3.5.2 Estudio de confiabilidad de los instrumentos.....	56
3.6 Criterios usados para el análisis de datos.....	57
3.7 Organización de trabajo.....	57
3.7.1 Organización de trabajo de grupo.....	57
3.7.2 Organización del trabajo en terreno.....	59
<u>CAPITULO 4: PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS</u>	61
4.1 Análisis de datos.....	62
4.1.1Cuestionario para la recolección de características personales.....	62
4.1.2 Escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA).....	70
4.1.3 Análisis cruzado de datos.....	75



<u>CAPITULO 5: DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES</u>	82
5.1 Discusión.....	83
5.2 Conclusiones.....	86
5.3 Recomendaciones.....	88
5.3.1 Recomendaciones a la Universidad.....	88
5.3.2 Sugerencia para futuras investigaciones.....	88
5.3.3 Sugerencias para el jardín en estudio.....	89
<u>CAPITULO 6: BILIOGRAFÍA</u>	90
6.1 Bibliografía.....	91
<u>CAPITULO 7: ANEXOS</u>	98
7.1 Anexo N°1: Consentimiento informado.....	99
7.2 Anexo N°2: Cuestionario para la recolección de características personales....	104
7.3 Anexo N°3: Escala de Apreciación de agencia de autocuidado (ASA).....	107
7.4 Anexo N° 4: Carta de autorización JUNJI.....	110
7.5 Anexo N° 5: Carta de autorización CEC para realizar estudio.....	111



V. Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribución porcentual de los encuestados según grupo etario.	62
Gráfico 2: Distribución porcentual de los encuestados según sexo	62
Gráfico 3: Distribución porcentual de los encuestados según escolaridad	63
Gráfico 4: Distribución porcentual de los encuestados según Estado Civil.....	63
Gráfico 5: Distribución porcentual de los encuestados según relación del cuidador con el preescolar	64
Gráfico 6: Distribución porcentual de los encuestados según cantidad de niños al cuidado del cuidador principal	64
Gráfico 7: Distribución porcentual de los encuestados según hábito tabáquico	65
Gráfico 8: Distribución porcentual de los encuestados que presentan alguna enfermedad crónica.....	65
Gráfico 9: Distribución porcentual de los encuestados que presentan diabetes mellitus II	66
Gráfico 10: Distribución porcentual de los encuestados que presentan hipertensión arterial	66
Gráfico 11: Distribución porcentual de los encuestados que presentan otras enfermedades crónicas	67
Gráfico 12: Distribución porcentual de los encuestados según la enfermedad crónica que presenta	67
Gráfico 13: Distribución porcentual de los encuestados que presentan discapacidad física	68
Gráfico 14: Distribución porcentual de los encuestados según tipo de discapacidad	68
Gráfico 15: Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a la relación que estos tienen con la comunidad.....	69

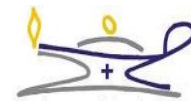
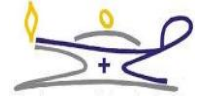
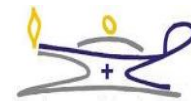


Gráfico 16: Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a su nivel de autocuidado	70
Gráfico 17: Distribución porcentual de los encuestados que ajustan sus hábitos de acuerdo a su estado de salud	71
Gráfico 18: Distribución porcentual de los encuestados que realiza cambios en sus hábitos alimenticios para mantener su peso	71
Gráfico 19: Distribución porcentual de los encuestados que realiza ejercicios y descansa durante el día.....	72
Gráfico 20: Distribución porcentual de los encuestados que tiene sueño reparador	72
Gráfico 21: Distribución porcentual de los encuestados que ha realizado cambios en sus hábitos arrigados para mantener su salud.....	73
Gráfico 22: Distribución porcentual de los encuestados que recibe información sobre los efectos de los medicamentos	73
Gráfico 23: Distribución porcentual de los encuestados que declara poseer tiempo suficiente para cuidarse debido a sus ocupaciones diarias	74
Gráfico 24: Distribución porcentual de los encuestados que declara poseer tiempo libre para sí mismo	74
Gráfico 25: Relación de nivel de Agencia de autocuidado según niños a su cargo.....	75
Gráfico 26: Relación de cantidad de niños al cuidado con tiempo suficiente para cuidarse	76
Gráfico 27: Relación de Nivel de autocuidado según edad	77
Gráfico 28: Relación de Nivel de autocuidado según nivel educacional.....	78
Gráfico 29: Relación de Nivel de autocuidado según enfermedad crónica presente	79
Gráfico 30: Relación de Nivel educacional según la edad.....	80
Gráfico 31: Relación de hábito tabáquico según edad	81



CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN



1.1 Introducción

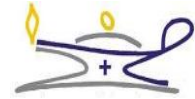
Los preescolares corresponden al grupo etario de niños que tienen entre 2 a 5 años de edad. En aquella etapa el menor comienza a desarrollar su autonomía e independencia, para lo cual la adquisición de habilidades, hábitos y conductas es de gran importancia. Lo anteriormente mencionado va a depender del ambiente en que se encuentra inserto el menor, el cual puede influir de manera positiva o negativa.

Es por lo descrito que conocer el perfil del cuidador principal, el que es definido como: *“La persona que decide y realiza las conductas de cuidado con relación al desarrollo, salud y educación del niño/a”*.¹ Adquiere relevancia, más aun cuando existen cambios demográficos como la disminución en las tasas de fecundidad y el ingreso de la mujer al trabajo, lo que ha generado que el cuidado del menor no sea una responsabilidad exclusiva de la madre.

El autocuidado, corresponde a un término postulado en el campo de la enfermería por Dorothea Orem quien en su Teoría del Déficit de Autocuidado plantea que aquel término corresponde a las conductas que tienen las personas hacia sí mismas en beneficio de su salud y bienestar con la finalidad de mantener la estructura humana, su funcionamiento y desarrollo. Al ser una conducta, es relevante conocer el nivel de autocuidado del cuidador principal, puesto que los valores, creencias y modos de vida se aprenden y transmiten según el entorno cultural en el que se encuentre la persona, en este caso el preescolar,² más aun cuando existen conductas y hábitos inadecuados que se traducen en factores de riesgo para la aparición de enfermedades en su mayoría cardiovasculares, como lo es la hipertensión que a nivel nacional existe una prevalencia de 26,9%, la

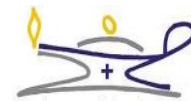
¹Bedregal P. “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Salud Pública, Escuela de Medicina; 2010.

² Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. Quinta ed. Barcelona: Mosly; 2003. Cap. 28. P.502-520



dislipidemia con una prevalencia del 38,5% y la diabetes mellitus II que afecta en un 9,4% de la población total.

En el siguiente estudio se abarcaran con mayor profundidad los temas previamente expuestos debido a la relevancia ya descrita que poseen, para ello además se identificarán las características sociodemográficas y el nivel de autocuidado que posee los cuidadores principales de un grupo determinado de preescolares.



1.2 Antecedentes y justificación del problema

Es importante identificar el nivel del autocuidado en el cuidador principal debido a que este término que es definido como las conductas que tienen las personas hacia sí mismas, en beneficio de su salud y bienestar con la finalidad de mantener la estructura humana, su funcionamiento y desarrollo; corresponde a una conducta que no es innata, por esto mismo su desarrollo depende de un proceso de aprendizaje y de socialización que se da durante las distintas etapas del ciclo vital del ser humano³, siendo una de ellas la etapa del preescolar .

Los preescolares corresponden a los niños entre 2 a 5 años de edad, esta etapa del desarrollo también es conocida como la niñez temprana, que está determinada por la adquisición de las habilidades acompañado del sistema nervioso en maduración⁴. Aquellas particularidades junto con el aprendizaje de su autocuidado estarán determinadas por las características ambientales que lo rodean⁵, apoyando este argumento la Guía de Orientaciones Técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil de Chile Crece Contigo del año 2012 plantea que: “*La mayor parte de las habilidades o hábitos no se “despliegan” o “aparecen” simplemente como parte del plan de la naturaleza, lo que sucede es una interrelación donde los genes y el medio ambiente actúan en forma simultánea*”⁶.

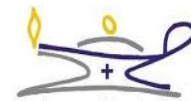
Es importante también identificar las características socioculturales que puedan relacionarse con el nivel de autocuidado, debido a que en la teoría de “*Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y Universalidad*” postulada por Leininger plantea

³ Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. Quinta ed. Barcelona: Mosly; 2003. Cap. 28. P.502-520

⁴ Papalia DE. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. In. Mexico: McGraw-Hill; 2005. p. 246.

⁵ Moraga C. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales. In. Chile: Unidad Chile Crece Contigo; 2012. p. 16.

⁶ Chile. Chile crece contigo. [Online].; 2012 [cited 2015 05 07. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/Orientaciones-t%C3%A9cnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>



que los valores, creencias y modos de vida se aprenden y se transmiten subjetiva y objetivamente según el entorno cultural en el que se encuentre la persona, incidiendo en su bienestar, condición humana, modo de afrontar la enfermedad e impedimentos físicos, entre otros.⁷

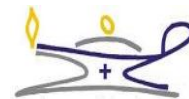
Es por lo anteriormente mencionado, que como futuros profesionales de la salud se ha planteado la necesidad de investigar las características sociodemográficas y el nivel del autocuidado del cuidador principal del preescolar, ya que el cuidador principal que es definido como la persona que decide y realiza las conductas de cuidado con relación al desarrollo, salud y educación del niño/a.⁸ forma parte del ambiente que rodea al menor, además de tener la función y responsabilidad de optimizar su potencial de desarrollo⁹. Es importante señalar que esta labor no siempre es realizada por los padres sino que también por alguna otra persona como los abuelos o tíos.

Por último es relevante destacar que luego de haber realizado la revisión bibliográfica, hemos concluido que existe una escasa información sobre este tema, ahí radica la importancia de continuar con la investigación.

⁷ Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. Quinta ed. Barcelona: Mosly; 2003. Cap. 28. P.502-520.

⁸ Bedregal P. "Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Salud Pública, Escuela de Medicina; 2010.

⁹ Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes; Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe. Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. Revista latinoamericana de enfermagem. 2012. Vol 20 (nº4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400020&script=sci_arttext



1.3 Delimitación del problema

Características sociodemográficas y nivel de autocuidado del cuidador principal del preescolar que asiste a jardín JUNJI “El trencito” en la comuna de Putaendo durante el periodo de agosto a septiembre del año 2015.

1.4 Definición de términos

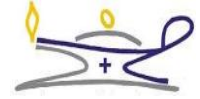
Preescolar: Periodo que comprende la edad de 2 a 5 años, dependiente de cuidados. Para fines de este estudio se considerará a los niños y niñas del Jardín “El Trencito” con la edad de 2 años a 4 años y 11 meses.

Cuidador principal: Persona responsable del cuidado del preescolar y la satisfacción de sus necesidades como reposo y sueño, alimentación, recreación, e higiene durante los periodos en que el infante no se encuentre en la institución educacional, fines de semana y días festivos.

Características sociodemográficas: Se define como las características sociales de la población y su desarrollo a través del tiempo. Entre las que se encuentran por ejemplo la edad, sexo, escolaridad, estado civil.

Características personales: Para efectos de éste estudio se referirá a edad, estado civil, presencia de enfermedades crónicas o discapacidad, número de menores al cuidado, entre otras.

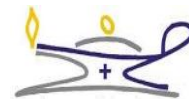
Autocuidado: Se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.



1.5 Limitación de estudio.

Limitación del diseño: La muestra calculada para la realización del estudio no es significativa, por lo cual los resultados del estudio no se pueden generalizar fuera del área geográfica.

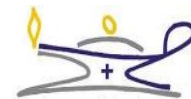
Limitación en la etapa de ejecución del estudio: Dado que los instrumentos fueron aplicados en el horario en el cual los menores eran retirados del establecimiento, un porcentaje de los sujetos de estudio se negó a participar por factores de tiempo o disposición.



CAPÍTULO 2

MARCO

CONCEPTUAL



MARCO CONCEPTUAL

2.1 Preescolar

2.1.1 Definición de preescolar y características de su desarrollo

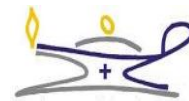
La edad del preescolar conocida también como niñez temprana está compuesta por la población infantil que tiene entre 2 a 5 años de edad. Este grupo al igual que las otras etapas del desarrollo humano tiene sus características propias, que darán la pauta para poder discernir si el crecimiento del menor se está dando según lo esperado. Uno de los aspectos más importantes que se da es el desarrollo de la personalidad, que va a permitir que el niño pueda comenzar a adquirir autonomía e independencia¹⁰.

Debido al crecimiento muscular y esquelético, en conjunto con el sistema nervioso en maduración, el niño adquiere mayores habilidades motoras tanto gruesas como finas, logrando el dominio de su cuerpo. Según la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson en la etapa iniciativa versus culpa, cuando el niño no se limita a realizar actividades motrices e intelectuales, desarrollará la iniciativa, lo cual influirá positivamente en su independencia, no obstante, si el medio no le permite realizar aquellas actividades el niño sentirá culpa¹¹.

Otro de los aspectos a destacar es el control de esfínteres, logro que debe estar finalizado para dar paso a la etapa fálica del desarrollo psicosexual de Sigmund Freud, en la que el preescolar encuentra el placer en la zona genital, lo que lleva a los niños a identificar el sexo que poseen.

¹⁰Posada, A. *El niño sano*. 3ª ed. Colombia: Ed. Médica Panamericana; 2005

¹¹Papalia, D.E. *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. 9ª ed. México: McGraw-hill; 2005



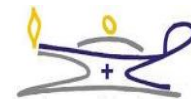
El desarrollo cognitivo del menor se manifiesta a través del uso del lenguaje desarrollando una mayor socialización con sus pares y los adultos que los rodean, los juegos adquieren por lo tanto un carácter más social. Según la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, el menor se encuentra en la etapa pre-operacional la que se caracteriza por el desarrollo del pensamiento simbólico¹², que hace referencia a la capacidad de poder representar o atribuirle un símbolo a algo que posee un significado, lo que permitirá que el niño logre recordar y pensar las cosas sin la necesidad de tenerlas en aquel momento¹³.

Otra característica es la formación de hábitos, que se define como la “*la costumbre que se adquiere por la repetición de un acto, en su inicio voluntario, que después se torna involuntario*”, cuya importancia radica en que en esta etapa es más fácil incorporar hábitos en el diario vivir del preescolar que perdurarán gran parte de su vida. En esto radica la importancia de promover hábitos saludables¹⁴.

¹² Papalia, D.E *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. 9ª ed. México: McGraw-hill; 2005

¹³ Rice, F.P. *Desarrollo Humano Estudio del ciclo vital*. 2ª ed. México: Pearson Educación; 1997

¹⁴ Dra. Miriam Aliño Santiago Dr. Raymundo Navarro Fernández, Dra. Juana R. López Esquirol, Dra. Iraiza Pérez Sánchez. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Rev Cubana Pediatr v.79 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2007. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312007000400010&script=sci_arttext



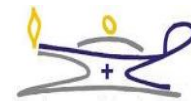
2.1.2 Preescolar y ambiente

Además del potencial genético, existen otros factores que afectan de manera directa, ya sea positiva o negativamente, el crecimiento normal de la persona. Uno de estos factores es el medio ambiente en el que la persona se encuentre inserta, que toma una mayor relevancia en la etapa preescolar debido a las singularidades de ésta, pudiendo llegar a afectar diversos ámbitos del crecimiento, como la talla, peso o morbilidad^{15/16}. Aquí radica la importancia de un ambiente óptimo para el crecimiento, el que debe aportar, entre otros factores, una estimulación psicosensorial y afectiva apropiadas para el desarrollo integral del preescolar, ayudándolo a alcanzar su mayor potencial¹⁷.

¹⁵ Aliño Santiago Miriam, Navarro Fernández Raymundo, López Esquirol Juana R., Pérez Sánchez Iraiza. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Rev Cubana Pediatr* [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Ago 18] ; 79(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400010&lng=es.

¹⁶ Chile. Chile crece contigo. [Online].; 2012 [cited 2015 05 07. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/Orientaciones-t%C3%A9cnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>

¹⁷ Muzzo B Santiago. CRECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. *Rev. chil. nutr.*[Internet]. 2003 Ago [citado 2015 Ago 18] ; 30(2): 92-100. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182003000200003>.



2.2. Cuidador principal del preescolar

2.2.1 Definición e importancia de cuidador principal

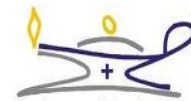
El concepto de “cuidador principal” es definido en el estudio *“Levantamiento y análisis de información sobre el desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, en el contexto del sistema Chile Crece Contigo”* como: *“La persona que decide y realiza las conductas de cuidado con relación al desarrollo, salud y educación del niño/a”*¹⁸, mas para fines del estudio a realizar, se comprenderá como cuidador principal a aquella persona “responsable del cuidado del preescolar y la satisfacción de sus necesidades como reposo y sueño, alimentación, recreación, e higiene durante los periodos en que el infante no se encuentre en la institución educacional, fines de semana y días festivos”.

Establecido el concepto de cuidador principal, no ha de sorprender que dado el amplio espacio-tiempo que comparten los sujetos del binomio cuidador-preescolar, estos se influyen los unos a los otros, ya sea de manera positiva o negativa, en su desarrollo integral¹⁹, lo que es aún más importante en lo que respecta a la formación del preescolar dado que en esta etapa el logro de la incorporación de hábitos en el diario vivir, resulta duradera para gran parte de su vida.²⁰ Es en este contexto que adquiere relevancia el estudio de los modelos bioecológico del desarrollo humano de Urie Brofenbrenner

¹⁸ Bedregal P. “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Salud Pública, Escuela de Medicina; 2010.

¹⁹ Aliño Santiago Miriam, Navarro Fernández Raymundo, López Esquirol Juana R., Pérez Sánchez Iraiza. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Ago 18] ; 79(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400010&lng=es.

²⁰ Dra. Miriam Aliño Santiago Dr. Raymundo Navarro Fernández, Dra. Juana R. López Esquirol, Dra. Iraiza Pérez Sánchez. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Rev Cubana Pediatr v.79 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2007. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312007000400010&script=sci_arttext



(relación entorno-desarrollo) y el modelo de determinantes sociales de la salud (relación condiciones sociales-salud).

Urie Brofenbrenner en su modelo bioecológico, propone una perspectiva del desarrollo de la conducta humana, donde se concibe el ambiente ecológico como un conjunto de sistemas que posee gran influencia sobre el desarrollo de los sujetos, potenciando o dificultando la aparición de habilidades o hábitos que influirán en la salud integral de los mismos.²¹

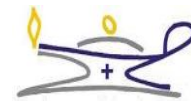
El preescolar, al ser un individuo que necesita de tiempo y cuidados, se ve ampliamente expuesto a interactuar con el entorno para encontrar respuesta a sus necesidades, lo que propone que su desarrollo se encuentra determinado por la interacción del niño o niña con la familia y entorno social. Según la clasificación de Brofenbrenner, los niveles de socialización que mayor incidencia mantienen en el desarrollo del menor corresponden a: Microsistema: constituido por el nivel inmediato en el que se desarrolla el menor, su familia.

Mesosistema: interrelaciones de dos o más entornos en los que el preescolar participa activamente, Jardín infantil.

Macrosistema: Configurado por la cultura y los parámetros que esta impone.²²

²¹ Céspedes Gloria Maritza. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Aquichán [serial on the Internet]. 2005 Oct [cited 2015 Nov 10] ; 5(1): 108-113. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100011&lng=en.

²² Céspedes Gloria Maritza. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Aquichán [serial on the Internet]. 2005 Oct [cited 2015 Nov 10] ; 5(1): 108-113. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100011&lng=en.



El segundo de los modelos a analizar corresponde a las determinantes sociales de la salud, las que son definidas por la organización mundial de la salud (OMS) como *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”*²³.

Esta segunda teoría reconoce a la acción social colectiva y condiciones socioculturales como agentes de riesgo que pueden alterar el curso de la salud integral de las personas.

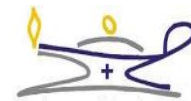
Dentro de las determinantes, las que mayor injerencia poseen sobre el desarrollo del preescolar se encuentran:²⁴ medioambiente, comunidad, familia estructural, entorno doméstico y entorno doméstico-pedagógico.

Es correcto establecer que el cuidador principal del preescolar se encuentra presente en todas las determinantes nombradas, jugando un papel de formador dentro de todas las interacciones que mantienen los menores con el entorno.

Al realizar un análisis conjunto de las dos teorías presentadas, es posible evidenciar claramente la influencia que mantiene el cuidador principal en el desarrollo integral del preescolar, esto debido a que este es uno de los principales actores en el entorno ecológico de los menores, influenciando directamente el modelo bioecológico de estos y formulando, dadas sus características personales y sociodemográficas, las determinantes de salud en las que se desarrollaran los infantes, tema que será analizado en detalle más adelante.

²³ OMS. OMS. [Online].; 2015 [cited 2015 noviembre 17. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/.

²⁴ Herrera R, Castro P. Chile Crece contigo. [Online].; 2010 [cited 2015 noviembre 17. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/8-Informe-final-Levantamiento-y-analisis-de-informacion-desarrollo-infantil-y-sus-determinantes-en-contexto-ChCC.pdf>.



2.2.2. Características del cuidador principal del preescolar

El cuidador o cuidadora principal del preescolar, representa un pilar fundamental para el cuidado, educación y formación de hábitos de los infantes.

Según el “Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral”²⁵ publicado el año 2013 por el Ministerio de Salud del gobierno de Chile, se define el perfil del cuidador principal destacando que un porcentaje importante de estos corresponden a madres con un 98,8% de representatividad, evidenciándose un aumento en 20.1 puntos porcentuales en el mismo tópico en relación al año 2010²⁶, seguidos por abuelos y abuelas con un 0.6%, porcentaje que ha disminuido en 13.7 puntos porcentuales en tres años²⁷.

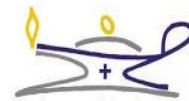
En relación a las características personales y socioculturales de los cuidadores principales, en el 60% de los hogares el cuidador principal correspondía a una persona menor de 35 años de edad, mientras que los mayores de 45 años representaban el 2,3% del total de cuidadores. Con respecto a la escolaridad de estos, un 40,6% de los cuidadores principales declaró poseer educación media completa, un 0,3% reporta no tener educación formal y un 13,2% declara poseer educación universitaria, porcentaje que evidencia un aumento en 10.3 puntos porcentuales en relación al año 2010.²⁸

²⁵ Bárbara Leyton C. CBF,CCI,HSH,SSR. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL. Informe. Santiago: Misnisterio de Salud; 2013. Report No.: ISBN 978-956-348-033-7.

²⁶ Bedregal P. “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Salud Pública, Escuela de Medicina; 2010.

²⁷ Bedregal P. “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Salud Pública, Escuela de Medicina; 2010.

²⁸ Bedregal P. “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Salud Pública, Escuela de Medicina; 2010.



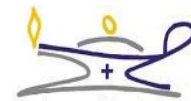
Las condiciones de salud y estrés del cuidador principal fueron abarcados por el estudio *“Levantamiento y análisis de información sobre el desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas”*²⁹, arrojando datos en los que se establece que la situación del salud percibida por los cuidadores es calificada por estos como favorable en un 54% de los casos, sumado a esto se evidencia que la frecuencia de discapacidad en este grupo es de 9,2%, siendo la más frecuente la discapacidad visual con un 4,9%.

En lo relacionado al consumo de sustancias potencialmente adictivas, en el mismo estudio citado anteriormente, se detectó que el 42,8% de los cuidadores mantiene un hábito tabáquico, seguido por el consumo de alcohol con un 18,8%.

Finalmente en lo que respecta al medioambiente de los cuidadores, entre los factores psicosociales que impactan la salud de estos y la de su familia se encuentran las redes de apoyo y la participación de estas. Según los resultados del estudio nombrado anteriormente, la participación en redes en general es baja, participando en al menos una de ellas el 34%, siendo la organización más frecuente la Iglesia.

En los párrafos anteriores se ha analizado al cuidador principal vinculándolo esencialmente con las figuras de la madre o abuelos, sin embargo, fuera de estos sujetos existen individuos o instituciones que pueden asumir de igual forma este rol, los que poseen características propias y estilos de crianza que influirán de manera diferente en el desarrollo del menor. Los tipos de cuidadores serán analizados a continuación.

²⁹ Bedregal P. *“Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas”*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Salud Pública, Escuela de Medicina; 2010.



2.2.2.1 Madre y perfil derivado del autocuidado

En Chile se ha considerado tradicionalmente que los cuidados de niños/as eran responsabilidad exclusiva de la familia, principalmente de las madres, y a raíz de esto son ellas a menudo las que cargan con la principal responsabilidad cuando se trata del cuidado de hijo/as. La falta de acceso a cuidados externos y fiables puede significar un factor significativo para la desigualdad de género, disminuyendo la capacidad de las mujeres para trabajar, así como también sus oportunidades.³⁰ Según el Reporte de la Brecha de Género del Foro Económico Mundial (WEF, 2014) entre 142 países, Chile ocupa el lugar 95 en participación laboral de mujeres con respecto a hombres.³¹

En Chile, al año 2015 existen 9.094.467 mujeres de las cuales 5 millones aproximadamente se encuentran en edad fértil (15-49 años).³²

La maternidad en Chile, está reflejada por la tasa de natalidad, y según el Anuario de estadísticas vitales del INE 2012, este es de 1.80 hijos por mujer³³, lo que posiciona a Chile dentro de los más bajos de Latinoamérica. Lo anterior se podría justificar por el creciente ingreso de mujeres al mundo laboral, lo que ha significado un factor de cambio en las estructuras familiares chilenas, proceso aún incipiente en relación a los países de similar desarrollo económico (OIT, 2007)³⁴

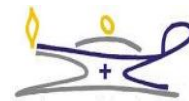
³⁰ ONU Mujeres. Transformar las economías para realizar los derechos (2015) [Internet]. [Consultado, 2015 Jul 7] Disponible en: <http://progress.unwomen.org/en/2015/pdf/SU>

³¹ ONU Mujeres. Transformar las economías para realizar los derechos (2015) [Internet]. [Consultado, 2015 Jul 7] Disponible en: <http://progress.unwomen.org/en/2015/pdf/SU>

³² INE. Enfoque demográfico de género.2015. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/genero/pdf/enfoque-poblacion.pdf

³³ INE. Anuario de estadísticas vitales 2012. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2012.pdf

³⁴ Gomez-Urrutia, V. & Jimenez-Figuera, A. El conflicto trabajo-familia ante los derechos al cuidado de niños y niñas. (2015) Revista Latinoamericana de ciencias sociales, Niñez y Juventud 13 (1), pp. 137-150.



En cuanto a características y hábitos de salud de las mujeres en Chile, tenemos que el 37,1% de las chilenas fuma, por lo tanto 1 de cada 3 mujeres es dependiente del tabaco³⁵. Siendo las edades entre 25 a 45 años el rango más alto de consumo. Un caso alarmante, lo arroja la campaña “Chile libre de tabaco” donde señala que el 28% de las embarazadas chilenas fuman, por lo cual existe riesgo infertilidad, abortos espontáneos, partos prematuros y retraso en la concepción e infertilidad.³⁶

Otro tópico a tratar, es la gran cantidad de mujeres mayores de 15 años con hipertensión arterial, llegando esta cifra, según la “Encuesta Nacional de Salud” (ENS) 2009 al 25%, en el cual se aprecia un aumento en la prevalencia conforme aumenta la edad.³⁷

La cifras de prevalencia de mujeres diabéticas de tipo 2 en Chile superan el promedio nacional (9.4%) con un 10.4%, y de las cuales sólo un 38.5% asiste a controles de morbilidad.³⁸

La prevalencia de dislipidemia en mujeres chilenas alcanza el 38.1%, siendo menor que la prevalencia a nivel nacional por 0.4 puntos porcentuales.³⁹

Al hacer una revisión de la discapacidad en Chile se logra apreciar que las mujeres constituyen el 53,4% del total de habitantes con discapacidad, es decir 1.131.563 mujeres (Censo, 2012).

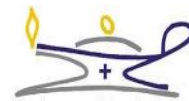
³⁵ Ministerio de Salud, Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

³⁶ Oficina de tabaco, Ministerio de salud, Chile. Las mujeres y el tabaco: Una relación adictiva. Disponible en: <http://www.chilelibredetabaco.cl/wp-content/uploads/2012/10/Mujeres-y-Tabaco-en-Chile.pdf>

³⁷ Tagle V Rodrigo, Acevedo Mónica, Valdés Gloria. Hipertensión arterial en la mujer adulta. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Feb [citado 2015 Nov 16] ; 141(2): 237-247. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200014&Ing=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200014>.

³⁸ Ministerio de Salud, Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

³⁹ Ministerio de Salud, Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>



2.2.2.2 Padre y perfil derivado de autocuidado

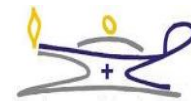
Un padre es un hombre que ha engendrado o adoptado una función paternal a partir de una responsabilidad social y cultural, es por ello que un niño que tiene un padre, sea o no pareja de su madre, que se involucra activamente en su cuidado y crianza contará con las mejores condiciones para su óptimo desarrollo (Sarkadi et al, 2008)⁴⁰. La definición de padre de Chile Crece Contigo, lo sitúa en *“un campo de prácticas y significaciones culturales y sociales en torno a la reproducción, al vínculo que se establece o no con la progenie y al cuidado de los hijos, este campo de prácticas y significaciones emergen del entrecruzamiento de los discursos sociales que prescriben valores acerca de lo que es ser padre y producen guiones de los comportamientos reproductivos y parentales”*. (Fuller, 2000: 37)⁴¹

Dentro de los factores más influyentes en la menor participación del padre en los cuidados de los niños de 0 a 4 años de edad, es el trabajo, puesto que es el hombre quien asume este rol socialmente, la provisión de bienes y la autoridad familiar. Esto queda en evidencia en la encuesta de uso del tiempo donde el 64,6 % del trabajo remunerado es realizado por los hombres lo que condice lo anteriormente mencionado⁴². Sin embargo, los hombres que tuvieron en su infancia un padre participativo en las tareas del hogar, se suelen involucrar con más frecuencia en el ejercicio de su paternidad actual.

⁴⁰ Fogarty K, Garret D, otros beneficios de ser un papá comprometido [<https://edis.ifas.ufl.edu/fy1232>]

⁴¹ Gobierno de Chile; guía de paternidad, Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas; 2012, online [http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201304081746150.Guia_Paternidad.pdf]

⁴² Departamento de estudios sociales, abril de 2009, departamento de estudios sociales Encuesta experimental sobre el uso del tiempo en el gran Santiago, online [http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/encuesta_tiempo_libre/pdf/presentacion_eut_17_04_2009.pdf]



En Chile un 87,5% de los hombres se declara el proveedor del hogar, el 54,4% está de acuerdo con la afirmación: “el rol más importante de las mujeres es cuidar de su hogar y cocinar para su familia”, y la predominancia de padres jefes de hogar es de un 68.5% del total los hogares (Encuesta IMAGES: Aguayo, Correa y Cristi, 2011).

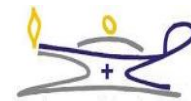
En cuanto a la salud de los hombres chilenos y su nivel de autocuidado, la prevalencia de Hipertensión a nivel nacional llega a un 20% de los cuales un 53.2% no conoce su condición de Hipertenso, en tanto un 8,9% mantiene su presión arterial controlada.

Respecto a la diabetes Tipo II, esta alcanza una prevalencia nacional de 8,4%, de los cuales un 71,3% no está en conocimiento de su enfermedad, a su vez los que están en tratamiento son el 50,7% y los que están en control solo el 29,3%. La prevalencia del colesterol elevado (dislipidemia) alcanza un 39% a nivel nacional. Y por ultimo también asociado a patologías crónicas tenemos el consumo de tabaco, que muestra una prevalencia actual de 40,2%, del cual el 44% corresponde a hombres, donde la máxima prevalencia de consumo, 65%, se registra entre los 20 y 30 años, relacionado a su vez con un nivel educacional alto en un 50,3%⁴³.

Según la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC 2004), se observa que el 12,4% de la población masculina presenta una situación de discapacidad permanente, de los cuales la mayor concentración se registra en el grupo etario de 30 a 64 años con un 51% de representatividad.⁴⁴ En relación al desglose de esta, cabe destacar que el 31,3% de los varones presenta déficit de origen motor, 19,0% visual, 8,7% auditivo y en el 10,3% existe multideficit (FONADIS, 2005). Junto con lo anterior se evidencia una estrecha

⁴³ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, encuesta Nacional de Salud; ENS 2009-2010, ONLINE [http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/SEMINARIO_PLAN_COMUNAL_DE_SALUD_SAN_FELIPE/PPT05.pdf]

⁴⁴ Gobierno de Chile, FONADIS, Resultado nacional de prevalencia de personas con discapacidad en Chile; 2004,online [http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/presentacionresultados estudio_nacional_dela discapacidad.pdf]



relación entre discapacidad y diferentes indicadores de posición social, como es el menor nivel educacional, pertenencia a quintiles de ingresos inferiores y condiciones materiales precarias de la vivienda, esto evidenciado en que una de cada 10 personas con discapacidad no cuenta con ningún año de estudio aprobado.

2.2.2.3 Abuelos y perfil derivado de autocuidado

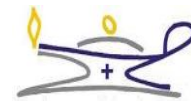
Corresponden a las personas que son padres y cuyos hijos ya tienen descendencia biológica. Actualmente los abuelos están asumiendo el rol de cuidador de sus nietos cuando los padres de estos no pueden cumplir este rol.

La mayoría de los abuelos asume la responsabilidad de ser cuidadores de sus nietos cuando realmente esta etapa de su vida está reservada para su propio retiro. Estos abuelos necesitan cuidar su propia salud y bienestar para poder cumplir con los requerimientos que demanda el ser cuidadores de sus nietos.⁴⁵

En lo que respecta al perfil sociodemográfico de los abuelos en Chile, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en el 2002 los adultos mayores (sobre 60 años) corresponden a 1.717.478 lo que equivale al 11,4% de la población total del país⁴⁶. A nivel regional, en la V región de Valparaíso, según el CENSO del año 2002 la población local alcanzaba los 1.539.852 habitantes, de los cuales el 13,4% correspondía al estrato de la tercera edad. En relación a la zona de estudio, Putaendo, ésta para el mismo año registró una población adulta mayor de 2.266 habitantes, grupo etario que representa al 15,5% de la población comunal, superando el 11,4% del promedio nacional.

⁴⁵ NewYork-Presbyterian. Abuelos que crían a sus nietos. [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.cornellcares.org/pdf/handouts/rct_grandparents_sp.pdf

⁴⁶ Instituto Nacional de Estadísticas. Catastro de Población Adulta Mayor [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf



Según el “Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral”⁴⁷, al definir el perfil de cuidador principal nivel país, se identificó que los abuelos y abuelas eran los encargados de los cuidados del menor con una representatividad del 0.6%, porcentaje que ha disminuido en 13.7 puntos porcentuales en tres años⁴⁸.

En lo que respecta al autocuidado, los adultos mayores presentan diversas características como el consumo de tabaco, enfermedades crónicas y discapacidades físicas.

En las características de los adultos mayores se presenta una tasa de tabaquismo del 10,5%, donde los hombres consumen alrededor de 10 cigarrillos al día; mientras que las mujeres 7 unidades al día.⁴⁹

Para las enfermedades crónicas según la “*Guía Clínica 2010 de diabetes mellitus tipo 2*”⁵⁰, se estima que los adultos mayores mantienen una tasa de prevalencia de Diabetes Mellitus de 15,8%, la que no presenta diferencias significativas según el sexo. Por otra parte los adultos mayores con hipertensión arterial representan 78,8%, de los cuales el 58% está en tratamiento. Finalmente, los adultos mayores que en Chile que presentan dislipidemia equivalen al 54%, de la cual un 62,6% corresponde a las mujeres y el 43,1% a los hombres.⁵¹

⁴⁷ Bárbara Leyton C. CBF,CCI,HSH,SSR. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL. Informe. Santiago: Ministerio de Salud; 2013. Report No.: ISBN 978-956-348-033-7.

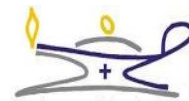
⁴⁸ Bedregal P. “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Salud Pública, Escuela de Medicina; 2010.

⁴⁹ Gobierno de Chile Superintendencia de salud. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de:

http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf

⁵⁰ Gobierno de Chile Ministerio de salud. Guía Clínica Diabetes tipo 2 [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-623_recurso_1.pdf

⁵¹ Gobierno de Chile Superintendencia de salud. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf



En relación a la discapacidad en Chile, en el “*Primer estudio nacional de la discapacidad e informes regionales 2004*” se expresa que la prevalencia de estas en el adulto mayor corresponde a 725.311 habitantes lo que se traduce en un 43,4%, siendo mayor en hombres que mujeres.⁵²

2.2.2.4 Jardines infantiles

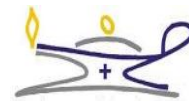
Los jardines infantiles son instituciones educacionales cuya tarea principal es brindar una educación de calidad a niños y niñas menores de cuatro años de edad con el fin de garantizar la igualdad de oportunidades en su desarrollo, a través de la creación, promoción, supervisión y certificación de salas cunas y jardines infantiles administrados directamente o por terceros.⁵³

En Chile los jardines infantiles pueden ser de 3 tipos: jardines privados, subvencionados y públicos.

Los jardines públicos son establecimientos educacionales que dependen del Estado chileno, entre estos se encuentran los jardines JUNJI e Integra. El acceso a estos depende de la situación socio económica del alumno, por lo que la opción es considerada por las familias de escaso ingreso económico o situación de riesgo. Este tipo de jardines reciben supervisión continua, así como también capacitaciones para Educadoras y Técnicos en

⁵² Instituto Nacional de Estadísticas. 1º estudio discapacidad_2005 - reultados3.pdf [Internet]. [Citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/reultados3.pdf

⁵³ Velásquez SHLM. Historia de la Educación en Chile. [Online]. [cited 2015 08 02. Available from: <http://historiadelaeeducacinenchile.blogspot.cl/2011/06/junji.html>.



párvulos pertenecientes al establecimiento, asegurando de esta forma la calidad en la educación impartida.⁵⁴

La Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) es una institución creada en el año 1970 por la Ley N° 17.301 y se establece que es un estamento autónomo vinculado al Ministerio de Educación con la misión de atender la educación inicial del país, garantizando su calidad e igualdad para los preescolares.

2.2.2.5 Otras personas externas al grupo familiar

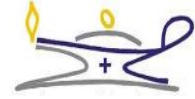
El cuidado de los preescolares no está solo asociado a los familiares, también pueden ejercer el cuidado personas externas al grupo familiar, los cuales pueden o no recibir una remuneración económica por el cuidado del infante. Entre estos se pueden encontrar a vecinos, asesoras del hogar y niñeras.

Algunas de las funciones que el encargado de los cuidados del preescolar debe realizar son educar al infante otorgando estímulos positivos y entregar los cuidados necesarios, pudiendo realizar a su vez tareas del hogar como cocinar y limpiar la casa.⁵⁵⁻⁵⁶

⁵⁴ TodoEduca.cl. JARDINES INFANTILES [Internet].[citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.todoeduca.cl/2012/12/18/jardines-infantiles/>

⁵⁵ Topnanny. ¿Qué es una niñera? [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://topnanny.es/info/presentacion-ninera>

⁵⁶ Equipo editorial Elbebe. ¿Cuáles son las funciones de las niñeras o cuidadoras? [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.elbebe.com/familia/funciones-cuidadoras-nineras>



2.3. Autocuidado

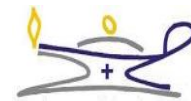
2.3.1 Autocuidado

Para identificar el nivel de autocuidado del cuidador principal del preescolar es necesario conocer de qué trata dicho concepto.

El autocuidado corresponde a “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”. Esta definición es postulada por la teórica Dorothea Orem y hace referencia a las prácticas adoptadas por el individuo a lo largo de su desarrollo, con el fin de satisfacer los requisitos de autocuidado, como lo son las necesidades fisiológicas y socioculturales, para así mantener un desarrollo personal y un funcionamiento óptimo y saludable.⁵⁷

Los requisitos anteriormente mencionados hacen referencia a las razones por las que se emplea el autocuidado. Dentro de ellos encontramos los requisitos de autocuidado de desarrollo, los que fomentan los procesos de la vida y autodesarrollo, previniendo los efectos negativos que puedan incidir en el desarrollo humano; los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud, que hacen referencia a las personas que se encuentran enfermas, es decir que presentan trastornos patológicos o discapacidad y que son sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico, y los requisitos de autocuidado universales. Estos últimos corresponden a los objetivos que se deben alcanzar para mantener una integridad estructural y funcional humana durante todo el ciclo vital, los cuales son comunes en todos los individuos, dentro de ellos se incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana, los cuales

⁵⁷ Raile M. Teoría del déficit de autocuidado. In Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona : Elsevier p. 236



representan comportamientos considerados normales para las mujeres, hombres y niños.⁵⁸

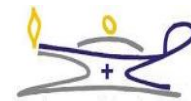
Cuando las acciones realizadas para satisfacer las necesidades no son suficientes para cubrir las, surge un déficit en el autocuidado, la teórica Dorothea Orem plantea que esto se debe a que los individuos no son capaces de conocer, ya sea de forma completa o parcial, los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. Es por esto que cuando el individuo no es capaz de realizar acciones que vayan dirigidas a mejorar y mantener su salud, como resultado se produce una desviación de ésta, generándose consecuencias negativas a causa de hábitos inadecuados, tales como obesidad y enfermedades cardiovasculares.⁵⁹ Estas últimas condiciones adquieren relevancia debido al creciente número de casos a nivel nacional, destacándose al respecto un índice de obesidad, que alcanza un 25,1% de la población adulta. En lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, se destacan la dislipidemia con un 38,5%, seguido de la hipertensión arterial la cual afecta a un 26,9% de la población total, y por último la diabetes mellitus tipo II alcanzando un 9,4% de la población a nivel nacional. Como se mencionó anteriormente estas enfermedades se relacionan con las prácticas de hábitos poco saludables que ha desarrollado la población chilena, tales como el sedentarismo en un 88,6% de la población, seguido de tabaquismo, en donde un 40,6% son fumadores y la ingesta de alcohol, cuyo consumo equivale a 9,6 litros anual por persona, siendo Chile el mayor consumidor en Latinoamérica.⁶⁰

Los estilos de vida anteriormente mencionados, son patrones conductuales que muestran el cómo las personas llevan a cabo acciones en su diario vivir, las cuales se encuentran

⁵⁸ Vega O, Gonzalez D. Dialnet. [Online].; 2007 [cited 2015 noviembre 15. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>.

⁵⁹ Raile M. Teoría del déficit de autocuidado. In Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona : Elsevier p. 236

⁶⁰ MINSAL, Chile UCd. MINSAL. [Online]. [cited 2015 noviembre 15. Available from: Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010



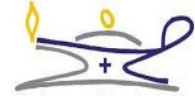
influenciadas por el entorno social, nivel socioeconómico, valores propios y de otros individuos, además del nivel sociocultural y de conocimiento. Es en relación a esto último, que adquiere relevancia la labor ejecutada por los profesionales de enfermería y los de distintas áreas de la salud, al proveer a los usuarios las herramientas y conocimientos necesarios respecto al propio cuidado y el de los demás, mediante los controles preventivos de salud, educación a la comunidad y aplicación de programas nacionales, facilitando de esta manera la participación activa y la adquisición de conocimientos respecto al autocuidado eficaz. Al ser esto posible, se permite que la continuidad de los cuidados a lo largo del ciclo vital sea el óptimo, puesto que el conocimiento adquirido por aquella persona que ya es capaz de valerse por sí misma es transmitido aquel individuo dependiente de esta, influyendo en sus prácticas futuras.

2.3.2 Relación del autocuidado con el preescolar

La definición de autocuidado planteada por Dorothea Orem, hace referencia a la capacidad que deben tener las personas maduras para cuidarse, es decir, que un adulto con sus capacidades tanto físicas como cognitivas adecuadas, puede realizar acciones de autocuidado para mantener su salud por sí mismo. No obstante estas acciones no pueden ser realizadas por personas enfermas o incapacitadas, niños pequeños y adultos mayores. Esto producto de su condición de desarrollo, cambios fisiológicos de acuerdo a la edad y estado de enfermedad que requieren de cuidados de terceros.⁶¹

Cabe destacar que los niños en edad preescolar no han desarrollado las habilidades para cuidar de sí mismos, es decir, no tienen la capacidad de controlar factores como el ambiente, que afectan su funcionamiento y desarrollo. En base a lo anteriormente mencionado, cabe destacar la teoría postulada por Dorothea Orem, en donde la Agencia

⁶¹ Saavedra C, Yolanda M. Universidad Autónoma de Querétaro. [Online].; 2015 [cited 2015 noviembre 15]. Available from: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/2299/1/RI001801.pdf>.

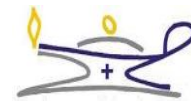


de cuidado dependiente, plantea que una persona externa es la encargada de entregar los cuidados correspondientes, a otra persona significativa, con el fin de satisfacer sus necesidades.⁶²

Los principales agentes que entregan el cuidado dependiente a los preescolares son los cuidadores, los cuales deben tener conocimientos de los requerimientos de los niños en las distintas etapas de desarrollo, para brindarles un cuidado adecuado y mantener un estado de salud óptimo.

El déficit de autocuidado en niños revela un desconocimiento de los cuidadores sobre las necesidades del menor, esto hace necesario educar a los encargados de entregar el cuidado sobre los requisitos del preescolar, tanto los universales como los de desarrollo, para así prevenir desviaciones de la salud. Es dentro de este contexto que adquiere relevancia la labor desempeñada por el profesional de enfermería, el cual es el encargado de guiar y supervisar que el desarrollo del infante se realice de manera adecuada, a partir de los cuidados que le provee su cuidador principal.

⁶² Saavedra C, Yolanda M. Universidad Autónoma de Querétaro. [Online].; 2015 [cited 2015 noviembre 15]. Available from: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/2299/1/RI001801.pdf>.



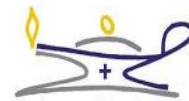
2.3.2 Influencia del cuidador principal en relación con los hábitos del preescolar

El cuidado y crianza de los menores a lo largo de los años, ha sido una labor asumida generalmente por una mujer (madre, abuela, hija), las cuales son las encargadas de proporcionar confort, afecto y satisfacer necesidades básicas, tales como alimentación, eliminación y prevenir daños y lesiones. Este tipo de acciones son denominadas como “cuidado genérico” por la teórica Leininger. Dicho concepto hace referencia al conocimiento y habilidades culturalmente adquiridas y transmitidas, para apoyar o guiar a otros en el fortalecimiento de su salud. De acuerdo a la definición anterior, las conductas y hábitos culturalmente adquiridos por el cuidador principal son transmitidos al menor que se encuentra a su cargo.⁶³

Esta teoría se complementa con lo postulado por Dorothea Orem, en donde su principal supuesto es que el autocuidado no es innato, por ende requiere de un proceso de aprendizaje y de socialización durante el ciclo vital del ser humano, teniendo su inicio mediante las relaciones interpersonales establecidas con el cuidador principal, siendo los principales modelos a seguir por los niños, y posteriormente influenciados por familiares, amistades y personas significativas, es decir el entorno que los rodea.⁶⁴

⁶³ Lange I, Urrutia M, Campos C, Gallegos E, Herrera L, Jaimovich S, et al. Universidad Católica. [Online].; 2006 [cited 2015 noviembre 15. Available from: https://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf.

⁶⁴ Vega O, Gonzalez D. Dialnet. [Online].; 2007 [cited 2015 noviembre 15. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>.



2.4. Pregunta de investigación y objetivos

2.4.1 Pregunta de investigación.

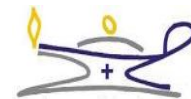
¿Cuáles son las características sociodemográficas y nivel de autocuidado del cuidador principal del preescolar que asiste a jardines JUNJI en la comuna de Putaendo durante el periodo de agosto – septiembre del año 2015?

2.4.2 Objetivo general.

Determinar las características sociodemográficas y nivel de autocuidado del cuidador principal del preescolar que asiste a jardines JUNJI en la comuna de Putaendo.

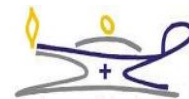
2.4.3 Objetivos específicos.

- Identificar características socioculturales del cuidador principal.
- Identificar características personales del cuidador principal.
- Identificar nivel de autocuidado del cuidador principal.

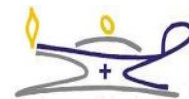


2.5. Definición y operaciones de las variables.

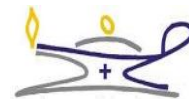
DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Perfil del cuidador principal.	Características propias de la persona que asume el rol de cuidador principal del menor de 2-4 años de edad.	Edad		Años cumplidos	
		Sexo		- Femenino. - Masculino	
		Nivel Educativo	Escolaridad alcanzada.	a) Sin estudios. b) Básica incompleta. c) Básica completa. d) Media incompleta. e) Media completa. f) Superior incompleta. g) Superior completa.	Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no



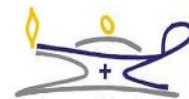
		Estado civil		a) Casada(o). b) Soltera(o). c) Separada(o). d) Viuda(o). e) Conviviente y/o pareja	Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no
		Relación con el preescolar.		a) Madre. b) Padre. c) Hermano/a d) Abuelo/a. e) Otros.	Si - no Si - no Si – no Si – no Cual.
		Cantidad de niños a su cuidado.		a) 1. b) 2. c) 3. d) 4 o más.	Si - no Si – no Si – no Si – no
		Estado de salud.	Enfermedades crónicas.	a) Diabetes mellitus. b) Hipertensión arterial. c) Dislipidemia (colesterol alto). d) Otros.	Si – no Si – no Si – no Si - no



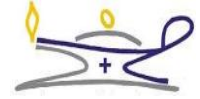
			Presencia de discapacidad física.	a) Motriz (en piernas o brazos). b) Visual. c) Auditiva. d) Otros.	Si – no Si – no Si – no Si – no
		Hábitos	Hábito tabáquico.		Si – no.
		Relación y/o participación en actividades de la comunidad.		a) Iglesia b) Trabajo c) Escuela d) Club e) Amigos f) Familia	Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no
Nivel de autocuidado.	Conjunto de acciones practicadas por el cuidador principal del preescolar, las cuales son	Estilos/hábitos de salud	a) Satisfacción de necesidades básicas.	- N. de higiene personal.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.



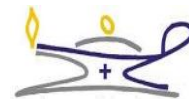
llevadas a cabo por iniciativa propia, con el interés de mantener el bienestar y el funcionamiento adecuado de su salud y de continuar con su desarrollo personal.				- Cuidado del entorno	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- N. de alimentación.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- N. de reposo y sueño.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- N. de recreación y actividad Física.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.



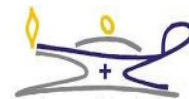
				- N. de comunicac ión (socializac ión).	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
			b) Conduct as de autocuid ado.	- Ajustes para mantener la salud.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- Revisar si las formas que se practican habitualme nte para mantener la salud son buenas.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- Pedir ayuda y/o colaboraci ón a otros	- Nunca. - Casi nunca. - Casi



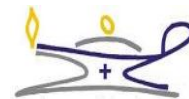
				cuando existen problemas para moverse o desplazarse.	siempre. - Siempre.
				- Hacer en primer lugar lo que sea necesario para mantenerse saludable.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- Baja percepción sobre la capacidad para cuidarse.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- Modificaciones en los hábitos de vida para	- Nunca. - Casi nunca. - Casi



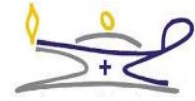
				mantenerse saludable.	siempre. - Siempre.
				- Capacidad de manejar situaciones amenazantes/estresantes a fin de mantener la salud.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- Capacidad de pedir ayuda a principales redes de apoyo (amigos u otros).	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- Capacidad para pedir ayuda e información con respecto a la salud.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.



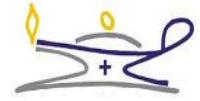
				- Capacidad para valorar cambios en el cuerpo.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- Realización de cambios en los hábitos con tal de mejorar la salud.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- Asesoría en la farmacoterapia, cuando se precisa.	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- Capacidad para tomar medidas preventivas con respecto a	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.



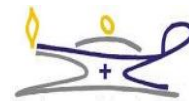
				los factores de riesgo que afecten a los miembros de la familia.	
				- Capacidad de evaluar efectividad del autocuidado o (mantenimiento de la propia salud).	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.
				- Dificultad para obtener tiempo destinado al propio cuidado producto de	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.



				ocupaciones diarias.	
				- Capacidad de cuidarse a sí mismo (Percepción de salud-autocuidado).	- Nunca. - Casi nunca. - Casi siempre. - Siempre.



CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA



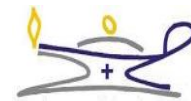
3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de diseño de la investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. A partir de este se pretende obtener conocimiento acerca de las características sociodemográficas y el nivel de autocuidado del cuidador principal del preescolar, en el jardín JUNJI de la comuna de Putaendo, en el periodo Agosto- Septiembre, a través de la aplicación de los instrumentos “Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) de Esther Gallegos” y el “Cuestionario para recolección de características personales” creado para fines de esta investigación.

3.2 Población de estudio-Definición del universo

Población (N): Cuidadores principales de preescolares entre 2 y 4 años de edad que asistan al jardín JUNJI “El Trencito” durante el periodo Agosto – Septiembre del año 2015. La población en estudio se divide en dos cursos, medio mayor con 26 alumnos y el medio menor con 19 alumnos. Cabe destacar el hecho de que los datos obtenidos en la investigación solo serán representativos y aplicables para la población adulta e infantil vinculada al jardín en cuestión, invalidándose su generalización fuera de estos límites geográficos.



3.3. Diseño muestral

3.3.1 Estimación del tamaño muestral

La población objetivo está compuesta por una totalidad de 45 sujetos que corresponden al universo (N), de los cuales se ha calculado un tamaño muestral base (n) de 40 individuos, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, con un porcentaje poblacional previsible de alrededor del 36% de prevalencia de cuidadores que tienen buena agencia de autocuidado. Este valor se ha presupuesto sobre la base de la prevalencia observada en otros estudios similares.⁶⁵

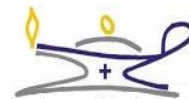
La población a ser encuestada, corresponde al 88.8% del universo de casos, esto debido a que la proporción anticipada para el cálculo de la muestra corresponde al 36% y el tamaño de la población base es pequeña.

Dado que la población en estudio está considerada en bloques de 2 cursos, la muestra será obtenida en forma proporcional al tamaño de cada curso, tal como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 1. Distribución de la muestra, acorde con el tamaño de los cursos.

Curso	Alumnos en lista		Muestra
	N	%	N
Curso 1	26	0,58	23
Curso 2	19	0,42	17
	45		40

⁶⁵ Manrique-Abril Fred, Fernández Alba, Velandia Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichán [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2015 Apr 13]; 9(3): 222-235. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300003&lng=en



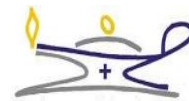
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión de individuos de la muestra

Criterios de Inclusión:

- Cuidador principal de niños de dos a cuatro años que asisten al jardín infantil JUNJI “El Trencito”, que se dedique al cuidado del menor los tiempos correspondientes a la jornada después del jardín, fines de semana y días festivos.
- En caso de que el cuidador principal sea menor de edad, requerirá de un “poder simple” de su padre/madre/tutor legal garantizando su participación.

Criterios de exclusión:

- Aquella persona que no se dedique al cuidado del menor los tiempos correspondientes a la jornada después del jardín, fines de semana y días festivos.
- En caso de que el cuidador principal sea menor de edad y no presente el “poder simple” firmado por padre/madre/tutor legal.
- Que el preescolar no pertenezca a los niveles medio menor o medio mayor del jardín en estudio.



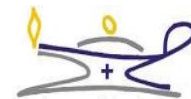
3.4 Método de recolección de datos

La fase inicial comenzará con la selección de las personas que cumplan con el perfil de cuidador principal; esta selección se realizará en una reunión de apoderados concertada por la directora del establecimiento JUNJI “El Trencito”, ubicado en la comuna de Putaendo, San Felipe de Aconcagua.

A las personas seleccionadas se les explicará los objetivos del estudio con el fin de que acepten y firmen el consentimiento informado de forma autónoma. (Anexo N°1)

Para recolectar las características personales de los sujetos en estudio se utilizó un cuestionario previamente testeado en dieciséis personas que cumplieran con un perfil similar a la población en estudio (cuidadores principales de preescolares de dos a cuatro años). Junto con lo anterior se realiza la aplicación del instrumento ASA “Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado” de Esther Gallegos, la cual ha sido utilizada en estudios a nivel latinoamericano.

La metodología de investigación a utilizar contó previamente con la aprobación del Comité Ético Científico de investigación del Servicio de Salud Aconcagua (CEC-SSA), con fecha 23 de Julio de 2015. (Anexo N°5)



3.5 Descripción de instrumentos

3.5.1 Instrumentos

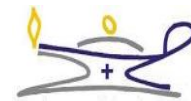
La escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) fue traducida al español y a su vez validada por Esther C. Gallegos Cabriales. Este instrumento valora la capacidad que tiene cada persona de comprometerse con su autocuidado.

La escala está compuesto por 24 ítems en formato de respuesta Likert de cinco alternativas, donde el número uno significa el valor más bajo (totalmente en desacuerdo) y el cinco (totalmente de acuerdo), no obstante, para este estudio se empleó la escala modificada por Edilma de Reales en el año 2004 que solo cuenta con 4 alternativas, donde 1 será nunca, 2 casi nunca, 3 casi siempre y 4 siempre⁶⁶, además considerando que los ítems 6, 11 y 20 al ser negativos, se modificaron. La escala tiene un rango de puntaje que va desde los 24 a los 96 puntos clasificando el nivel de autocuidado de la siguiente manera⁶⁷:

Nivel de autocuidado	Puntaje
Muy baja agencia del autocuidado	24-43
Baja agencia del autocuidado	44- 62
Regular agencia del autocuidado	63-81
Buena agencia del autocuidado	82-96

⁶⁶ Arias A, Álvarez L. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (asa),segunda versión en español, adaptada para población colombiana. (Spanish). *Avances En Enfermería* [serial on the Internet]. (2009, Jan), [cited August 24, 2015]; 27(1): 38-47. Available from: Fuente Académica Premier.

⁶⁷ Viriam Leiva Díaz² Kenneth Cubillo Vargas³ Yuliany Porras Gutiérrez⁴ Tatiana Ramírez VillegaViriam Leiva Díaz KCVYPGRVSW. Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. *Revista Electrónica Enfermería actual Costa Rica*. 2015 Diciembre;(29).

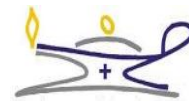


Para medir las características socioculturales del cuidador principal se creó un cuestionario de 13 ítems, donde 12 de ellos son preguntas cerradas y 1 es abierta. Los ítems tienen como finalidad dar a conocer edad, sexo, nivel educacional, estado civil, relación existente con el preescolar y cantidad de niños que tiene al cuidado. Además el cuidador principal, a través de este instrumento identificará ciertos aspectos relacionados con su salud que pueden influir en el cuidado del menor como: hábito tabáquico, si padece alguna enfermedad crónica y si esta a su vez la controla en algún centro de salud, presencia de alguna discapacidad y la participación que tiene con la comunidad.

3.5.2 Estudio de confiabilidad de los instrumentos

- A) Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA): Originalmente creada por Evers e Isenberg, fue validada y traducida al español por Esther C. Gallegos Cabriales en el estudio “*Análisis factorial de la escala valoración de agencia de autocuidado ASA en Colombia*” publicado en la plataforma Scielo donde se ha medido la consistencia interna del instrumento detectándose “una diferencia de 0.026 por debajo del valor reportado por la medición de confiabilidad de la escala ASA”; la consistencia interna (alfa de Cronbach) y la estructura factorial fueron procesadas por el SPSS11.5 con resultados de consistencia interna de 0.68 y 0,74 corregido, demostrando que el instrumento posee propiedades psicométricas válidas para la Enfermería en Colombia.⁶⁸
- B) Cuestionario de recolección de características sociodemográficas: El instrumento utilizado fue sometido a un proceso de test – re-test con el objetivo de medir la consistencia interna y comprensión de las preguntas elaboradas. Este fue aplicado a personas con características sociodemográficas y personales, similares a los reales sujetos de la muestra.

⁶⁸ Manrique-Abril Fred, Fernández Alba, Velandia Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichán [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2015 Apr 13]; 9(3): 222-235. Available from:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300003&lng=en



3.6 Criterios usados para el análisis de datos

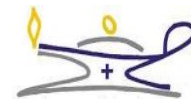
Para obtener los resultados de la investigación, de acuerdo a los objetivos planteados, se procedió al análisis de datos según las variables consideradas, esto se llevó a cabo mediante la creación de base de datos en el software SPSS y creación de gráficos en software Microsoft Office Excel 2007.

3.7 Organización de trabajo

3.7.1 Organización del trabajo de grupo

El grupo, conformado por ocho estudiantes de Enfermería de cuarto año de la universidad de Valparaíso, campus San Felipe, acordó en su primera reunión que cada uno de sus integrantes debía adoptar un cargo según sus capacidades personales, esto para responder de manera eficiente al trabajo grupal y realizar una labor coordinada. Los tres primeros cargos prioritarios (presidente, secretaria y tesorera) fueron postulados y votados democráticamente por sus integrantes. La orgánica de grupo de tesis fue la siguiente:

- | | |
|--|------------------------|
| ▪ Presidente | Jorge Ávila Hailla |
| ▪ Secretaria | Keila puga Allendes |
| ▪ Tesorera | María José Chaparro |
| ▪ Secretaria subrogante | Carolina Moras |
| ▪ Encargado de redacción y formato | Esteban León |
| ▪ Encargado de redes informáticas | Manuel Estay |
| ▪ Encargada de gestión de espacios físicos | Joceline Parra Pérez |
| ▪ Encargado de proyectos financieros | Francisco Tapia Lotina |

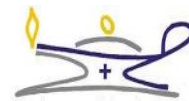


En cuanto a la periodicidad de las reuniones, se realizaron en forma semanal, con día y horarios establecidos de acuerdo a las necesidades de trabajo para el estudio. La investigadora principal y docente guía fue la E.U. Carmen Gloria Garcés quien sostuvo reuniones con los co-investigadores de forma periódica y según la necesidad de éstos.

Otro canal de información que se ocupó fue vía e-mail, por el cual se hizo envío de avances y actas de cada reunión. En relación al financiamiento, se acordó el pago de una cuota mensual para efectos de gastos que requiriera la investigación.

El trabajo en grupo se organizó por periodos definidos, los cuales se encuentran explicitados en la siguiente Carta Gantt:

Actividades	Duración (días)	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Preparación del estudio para presentación al C.E.C.										
Envío informe al C.E.C.										
Aprobación para realizar estudio por parte del C.E.C.										
Redacción del marco teórico.										
Salida a terreno (aplicación de instrumento).										
Sistematización y análisis de resultados.										
Confección del informe tesis.										
Entrega de informe tesis para evaluación.										

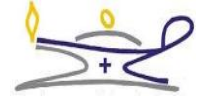


3.7.2 Organización de trabajo en terreno

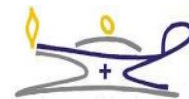
Una vez que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Aconcagua otorga su aprobación del proyecto de tesis “Perfil sociodemográfico y nivel de autocuidado del cuidador principal del preescolar”, se gestiona con el Jardín infantil “El Trencito” la factibilidad de poder aplicar los instrumentos de recolección de datos en las dependencias del establecimiento por medio de una entrevista con la directora del jardín Maribel Yolanda Tapia Cortez, quien accedió a que se realizara dicha investigación e informar sobre nuestra presencia a los apoderados de los alumnos.

A continuación el grupo de tesistas acude a las reuniones de los cursos del jardín, dividiéndose en 2 grupos de 4 alumnos los cuales fueron a 2 reuniones de diferentes cursos, en donde se explica el proyecto de investigación. A los apoderados que cumplen con el perfil de cuidador principal, definido como *“aquella persona responsable del cuidado del preescolar y la satisfacción de sus necesidades como reposo y sueño, alimentación, recreación, e higiene durante los periodos en que el infante no se encuentre en la institución educacional, fines de semana y días festivo”*; se le solicitan datos de contacto para un segundo acercamiento. Estos datos son registrados en un diario de trabajo de campo.

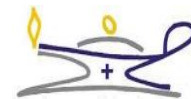
Una vez identificados la totalidad de los cuidadores principales, se procede a coordinar un nuevo encuentro, el que se realizará al momento de retirar al niño del jardín, en esta oportunidad se llevará a los cuidadores a una sala preestablecida en las dependencias del establecimiento donde se explicará una vez más el estudio, se hará entrega del consentimiento informado y una vez que es aceptado, se procederá a aplicar los instrumentos “cuestionario de recolección de datos personales y socioculturales” y “Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado” (ASA).



Los cuidadores principales que no asistan a reunión serán contactados por los tesisistas a los cuales se les dará la opción de un tercer acercamiento en las dependencias del establecimiento para la participación en el estudio.



CAPÍTULO 4 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

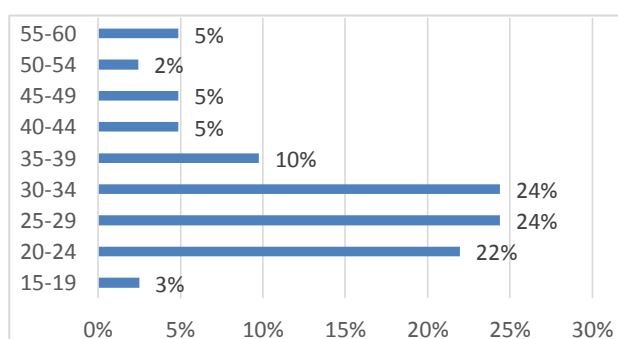


4.1 Análisis descriptivo de datos

Los datos reunidos del trabajo en terreno que serán analizados a continuación corresponden al muestreo probabilístico de la población objetivo comprendida por 41 sujetos correspondiente al 91.1% del universo de casos.

4.1.1 Cuestionario para la recolección de características personales:

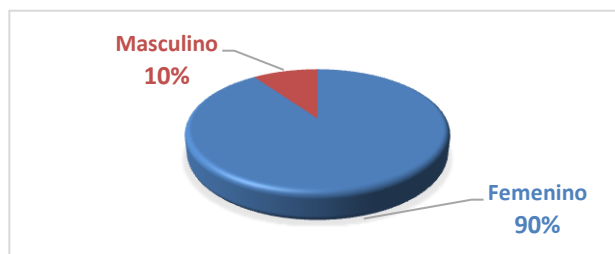
Gráfico 1: Distribución porcentual de los encuestados según grupo etario.



Fuente propia

En relación a la distribución etaria de los participantes, el mayor porcentaje de estos se encontró en los rangos de 25-29 y 30-34 años con una representatividad de 24% en ambos casos. Seguido por un 22% por el grupo entre 20-24 años, 10% para el rango de 35-39 años y 5% para las edades comprendidas entre 40-44, 45-49 y 55-60 años. En tanto que los grupos de edad con menos representantes se concentra en los rangos etarios correspondientes a 15-19 años con un 3% y a 50-54 años con un 2%.

Gráfico 2: Distribución porcentual de los encuestados según sexo



Fuente propia

El mayor porcentaje de cuidadores principales, corresponde al sexo femenino con una representación del 90%, mientras el 10% restante corresponde al sexo masculino.

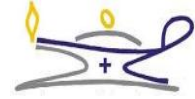
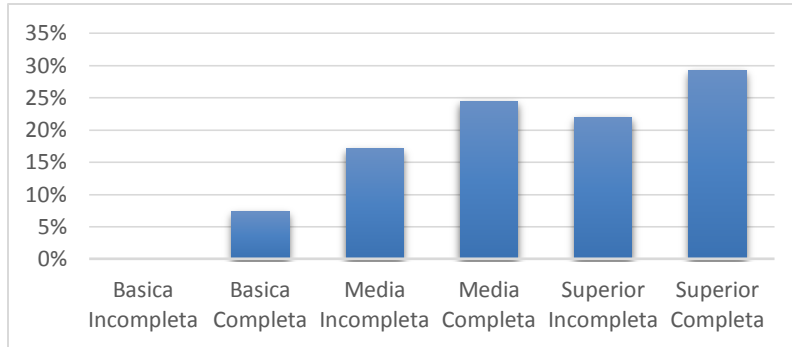


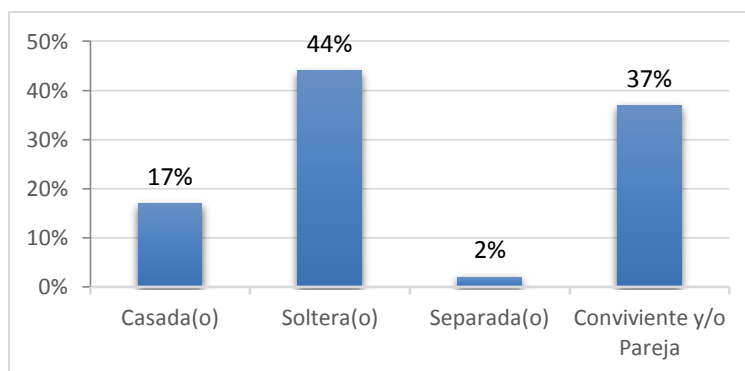
Gráfico 3: Distribución porcentual de los encuestados según escolaridad



Fuente propia

En relación al nivel educacional, se observa que el mayor porcentaje de los encuestados, un 29% presenta un nivel educacional superior completa, seguidos por un 25% con educación media completa, 22% de educación superior incompleta, 17% educación media completa, y un 7% de educación básica completa. En relación al nivel educacional básica incompleta, de los resultados obtenidos se observa que no existen participantes en esta categoría.

Gráfico 4: Distribución porcentual de los encuestados según Estado Civil



Fuente propia

Del gráfico presentado se desprende que el mayor porcentaje de los encuestados, 44%, posee estado civil soltero, un 37% estado de convivencia, un 17% estado civil casado y un 2% se encuentran separados.

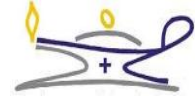
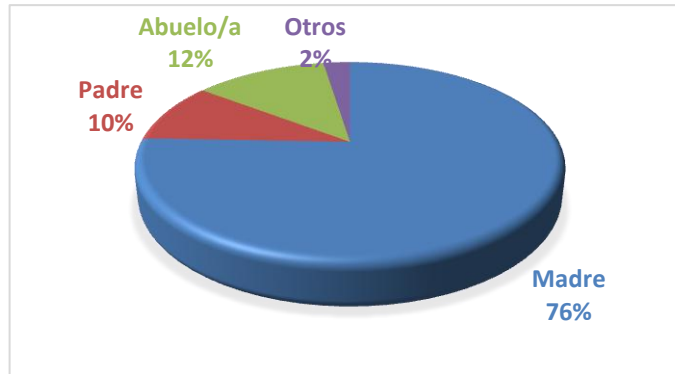


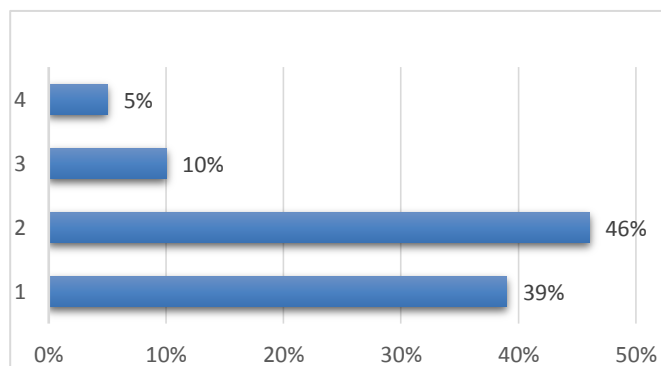
Gráfico 5: Distribución porcentual de los encuestados según relación del cuidador con el preescolar



Fuente propia

De los resultados obtenidos referente a la relación del cuidador principal con el preescolar, el mayor porcentaje recae en las madres con un 76% de representatividad, seguidas por la figura del abuelo/a con un 12%, padre con un 10% y finalmente un 2% que representa a personajes correspondientes a la categoría “otros”.

Gráfico 6: Distribución porcentual de los encuestados según cantidad de niños al cuidado del cuidador principal



Fuente propia

En relación a la cantidad de preescolares que los cuidadores tienen a su cuidado, se desprende que el 46%, que equivale al mayor porcentaje, tiene a su cuidado dos preescolares, seguido por un 39% con un preescolar, en un porcentaje más bajo están la opción tres y cuatro con un 10% y 5% respectivamente.

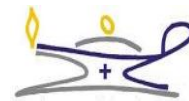
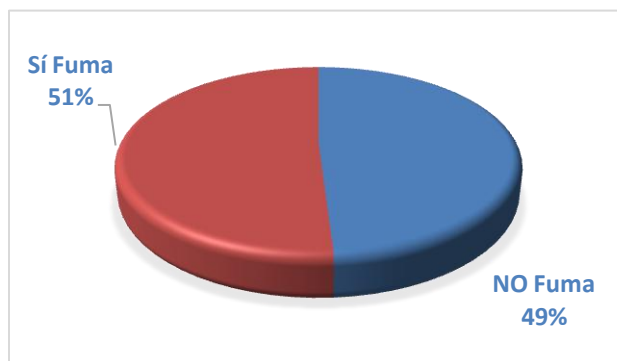


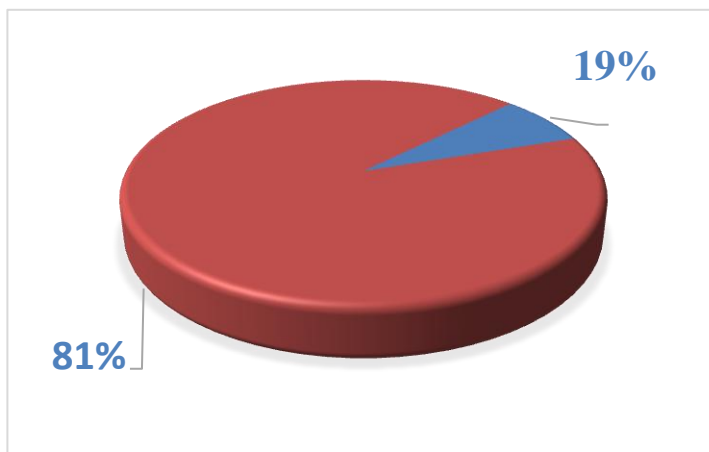
Gráfico 7: Distribución porcentual de los encuestados según hábito tabáquico



Fuente propia

En relación a la pregunta de hábito tabáquico se desprende que un 51% de los encuestados presentan consumo de tabaco, mientras que el 49% restante señaló que No consume.

Gráfico 8: Distribución porcentual de los encuestados que presentan alguna enfermedad crónica



Fuente propia

Del total de los encuestados un 19% de estos presenta patologías crónicas, versus un 81% que no las presenta.

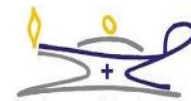
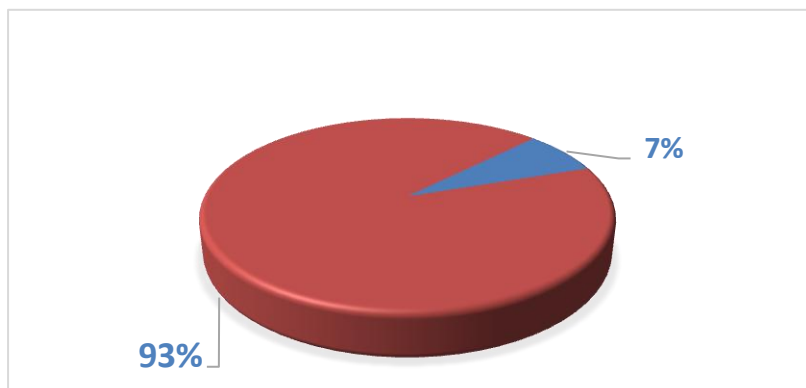


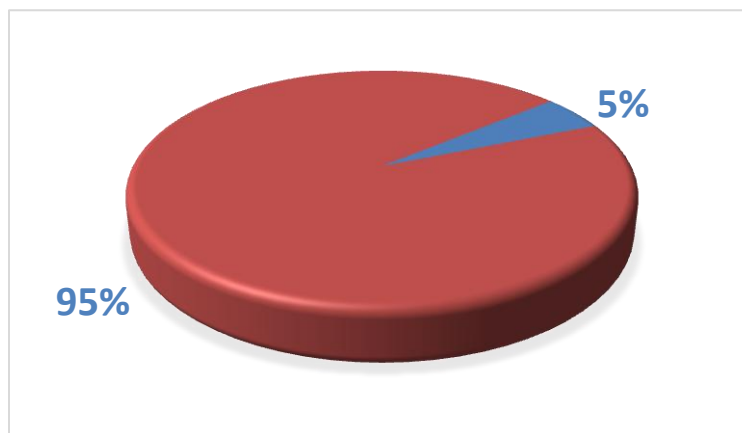
Gráfico 9: Distribución porcentual de los encuestados que presentan diabetes mellitus II



Fuente propia

En relación a las patologías crónicas que presentan los encuestados, el 7% señala que padece Diabetes Mellitus versus el 93% que señala no presentarla.

Gráfico 10: Distribución porcentual de los encuestados que presentan hipertensión arterial



Fuente propia

En relación a las patologías crónicas presentadas en la encuesta, el 5% señaló padecer Hipertensión arterial, mientras que el 95% refiere que no la presenta.

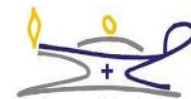
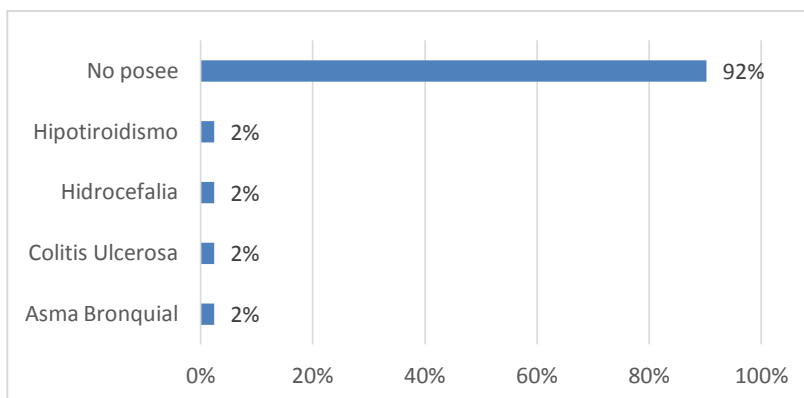


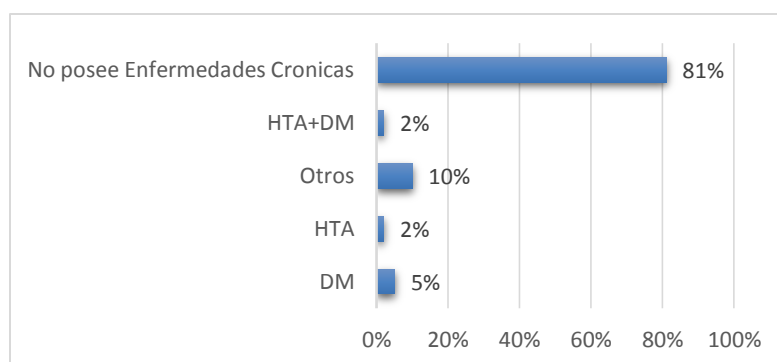
Gráfico 11: Distribución porcentual de los encuestados que presentan otras enfermedades crónicas



Fuente propia

Del 20% de los encuestados que contestaron que presentaban alguna enfermedad crónica, se responde en el ítem “otros” cuatro patologías diferentes, de ellas todas resultaron con un 2% de representatividad, las que son asma bronquial, colitis ulcerosa, hidrocefalia, hipotiroidismo.

Gráfico 12: Distribución porcentual de los encuestados según la enfermedad crónica que presenta



Fuente propia

Del total de los encuestados el 81% respondieron no presentar alguna enfermedad crónica, de los que contestaron positivamente un 2% presenta hipertensión más diabetes, solo hipertensión 2%, solo diabetes Mellitus 5% y otras enfermedades un 10% de los encuestados.

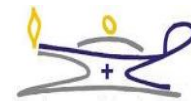
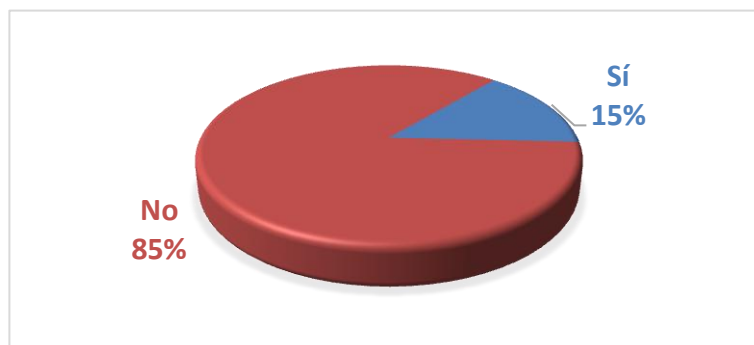


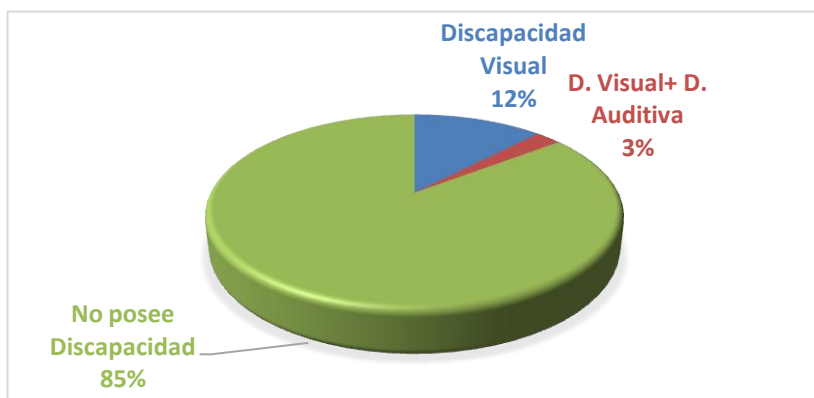
Gráfico 13: Distribución porcentual de los encuestados que presentan discapacidad física



Fuente propia

Del gráfico de discapacidad física se observa que el 15% de los encuestados respondió que sí presentaba una discapacidad, mientras que el 85% no presenta.

Gráfico 14: Distribución porcentual de los encuestados según tipo de discapacidad



Fuente propia

En relación a los datos recogidos, es posible evidenciar que el 85% de los encuestados declara no poseer ningún tipo de discapacidad, mientras que del 15% de los sujetos que sí posee, el 12% presenta discapacidad visual y un 3% discapacidad visual-auditiva.

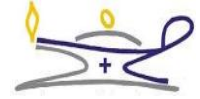
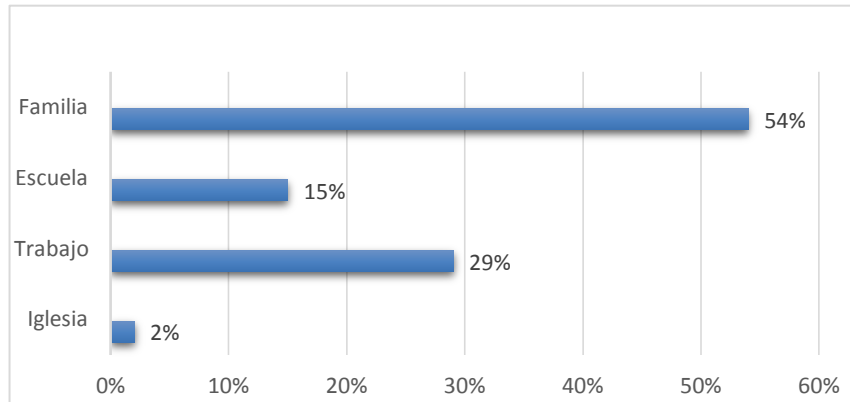
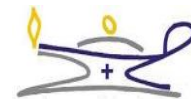


Gráfico 15: Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a la relación que estos tienen con la comunidad



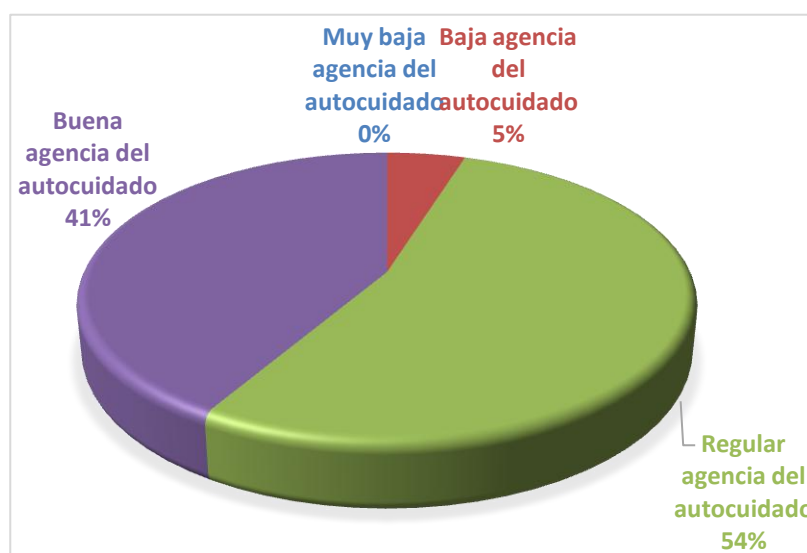
Con respecto a la principal relación que mantiene el cuidador del preescolar con la comunidad, el 54% de los encuestados responde que su principal nexos es la familia, seguido por un 29% el trabajo, el 15% la escuela y el 2% con la iglesia.



4.1.2 Escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA)

Esta escala, traducida y validada por Esther Gallegos Cabrialesen, valora la capacidad que tiene cada persona de comprometerse con su autocuidado. Este instrumento consta de veinticuatro ítems en formato de respuesta Likert de cinco alternativas, de los cuales se seleccionaron ocho ítems para el análisis, dada su incidencia negativa en el compromiso de los participantes con su autocuidado.

Gráfico 16: Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a su nivel de autocuidado



Fuente propia

En relación al nivel de autocuidado presentado por los sujetos en estudio, se reconoce que un 54% de estos posee regular agencia de autocuidado, seguido por un 41% en quienes este autocuidado es categorizado como bueno, mientras que un 5% presenta una baja agencia de autocuidado. Durante el proceso de recolección de datos y tabulación no se han registrado personas que sean categorizadas con una agencia de autocuidado muy baja.

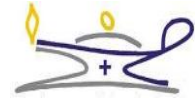
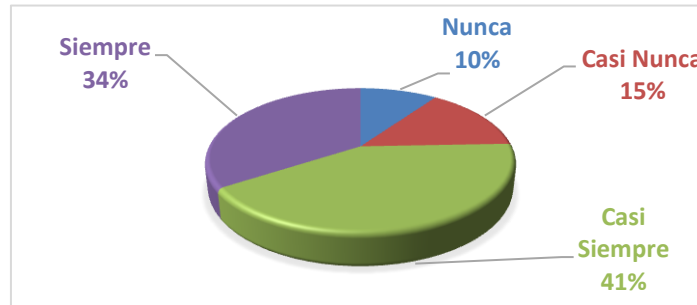


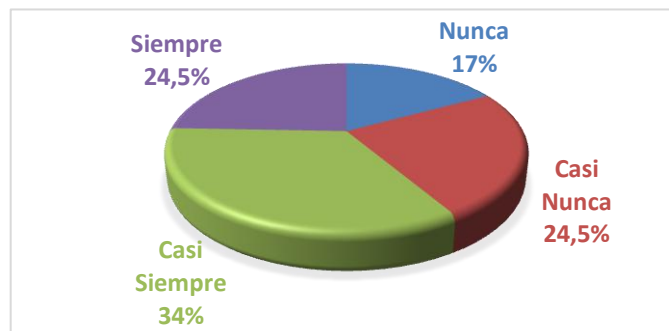
Gráfico 17: Distribución porcentual de los encuestados que ajustan sus hábitos de acuerdo a su estado de salud



Fuente propia

En relación a los datos recogidos, es posible evidenciar que el 41% de los encuestados declara realizar casi siempre ajustes a medida que cambian las circunstancias para mantener su salud, mientras que un 34% afirma hacerlo siempre, un 15% casi nunca realiza cambios, finalizando con un 10% que nunca realiza ajustes.

Gráfico 18: Distribución porcentual de los encuestados que realiza cambios en sus hábitos alimenticios para mantener su peso



Fuente propia

En relación a los datos recogidos, es posible evidenciar que el 34% de los encuestados declara realizar cambios en sus hábitos alimenticios para mantener su peso correspondiente, mientras que un 24,5% afirma hacerlo siempre, el mismo porcentaje de representatividad casi nunca realiza cambios, finalizando con un 17% que señala nunca realizar cambios.

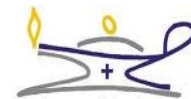
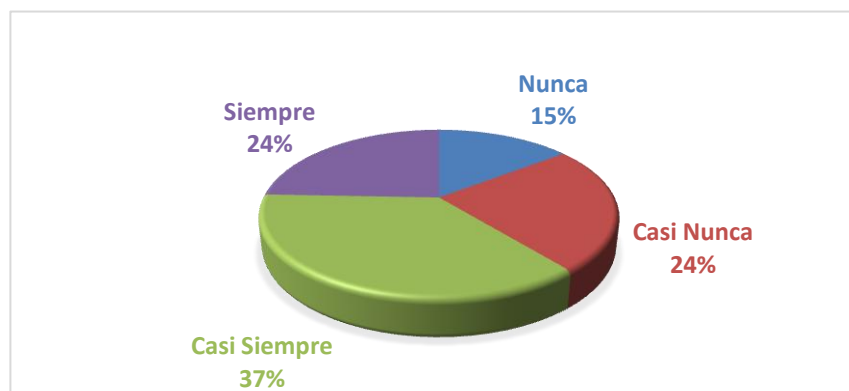


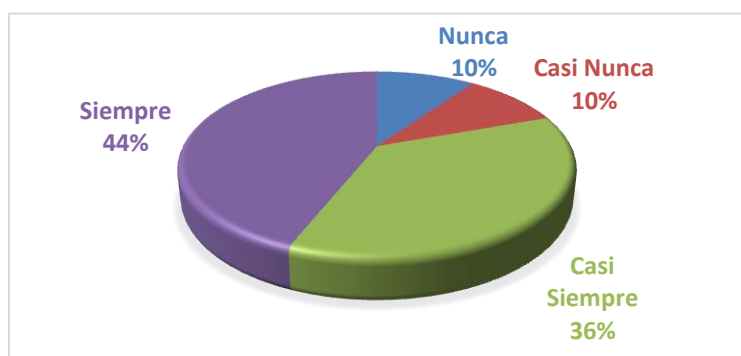
Gráfico 19: Distribución porcentual de los encuestados que realiza ejercicios y descansa durante el día



Fuente propia

En relación a la actividad física, se observa que el mayor porcentaje de los encuestados, un 37%, declara hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, seguidos por un 24% que afirma hacerlo siempre, un mismo porcentaje asevera realizar estas prácticas casi nunca, y un 15% no las realiza.

Gráfico 20: Distribución porcentual de los encuestados que tiene sueño reparador



Fuente propia

De los sujetos encuestados, un 44% declara siempre poder dormir lo suficiente para sentirse descansado, mientras que el 36% afirma poder hacerlo casi siempre, en tanto que un 10% de los sujetos asevera no poder satisfacer esta necesidad casi nunca y nunca.

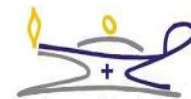
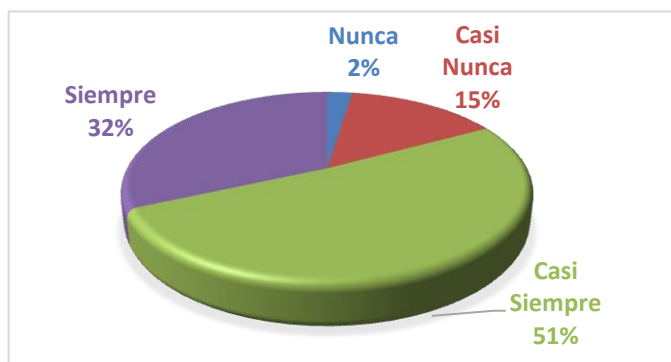
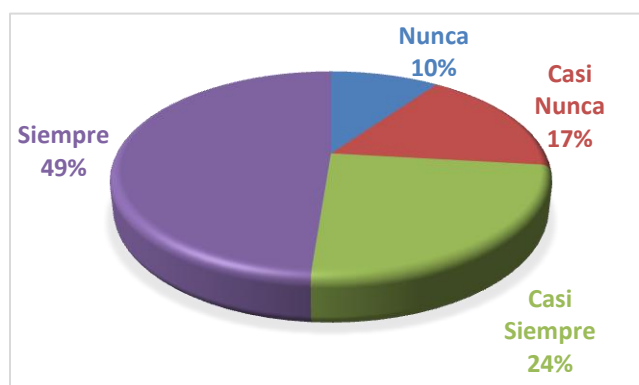


Gráfico 21: Distribución porcentual de los encuestados que ha realizado cambios en sus hábitos arraigados para mantener su salud



Del gráfico anterior se puede desprender que un 51% de los encuestados declara casi siempre realizar cambios de hábitos con el objetivo de mejorar su salud, mientras un 32% afirma ser capaz de realizar dicho cambio siempre, un 15% de los sujetos asevera casi nunca modificar sus hábitos y finalmente un 2% nunca lo realiza.

Gráfico 22: Distribución porcentual de los encuestados que recibe información sobre los efectos de los medicamentos



Fuente propia

En relación a los datos recogidos, es posible evidenciar que el 49% de los encuestados recibe información de los efectos secundarios de los fármacos, mientras que un 24% afirma contar casi siempre con la ayuda necesaria, un 17% declara casi nunca recibir la información requerida, finalizando con un 10% que nunca la recibe.

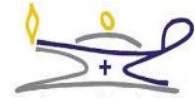
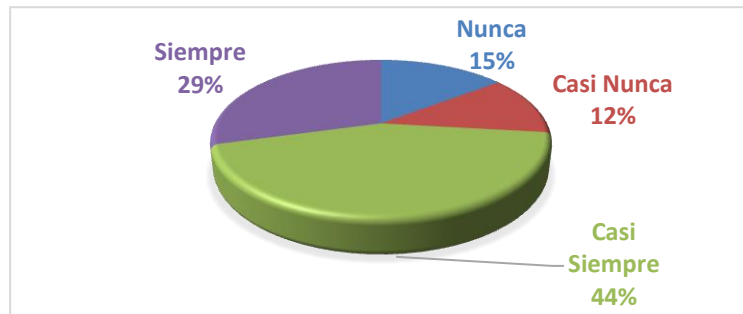


Gráfico 23: Distribución porcentual de los encuestados que declara poseer tiempo suficiente para cuidarse debido a sus ocupaciones diarias



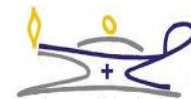
De los sujetos de estudio encuestados, un 44% declara tener casi siempre tiempo suficiente para cuidarse, mientras que un 29% de los sujetos afirma siempre contar con tiempo necesario, un 15% nunca tiene el tiempo para cuidarse y finalmente un 12% de los sujetos asegura casi nunca tenerlo.

Gráfico 24: Distribución porcentual de los encuestados que declara poseer tiempo libre para sí mismo



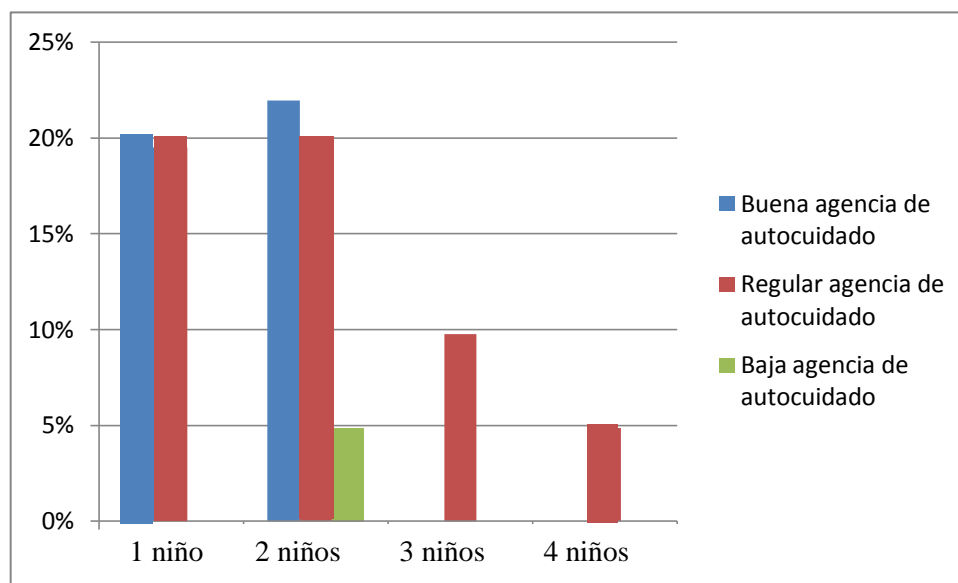
Fuente propia

Del gráfico es posible desprender que un 37% de los encuestados declara casi nunca tener tiempo libre para sí, un 27% de los sujetos cuenta con este tiempo casi siempre, un 24% afirma siempre tener tiempo libre para sí y finalmente un 12% asevera nunca tenerlo.



4.1.3 Análisis cruzado de datos

Gráfico 25: Relación de nivel de Agencia de autocuidado según niños a su cargo



Fuente propia

En el siguiente gráfico se explica que de los 41 encuestados los que presentan una buena agencia de autocuidado tienen 1 o 2 niños a su cargo, exceptuando un 5% de personas que a pesar de tener a su cargo 2 niños tiene un bajo nivel de autocuidado, mientras que los que presentan una regular agencia de autocuidado tienen a su cargo 3 o 4 niños.

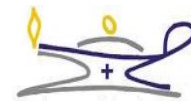
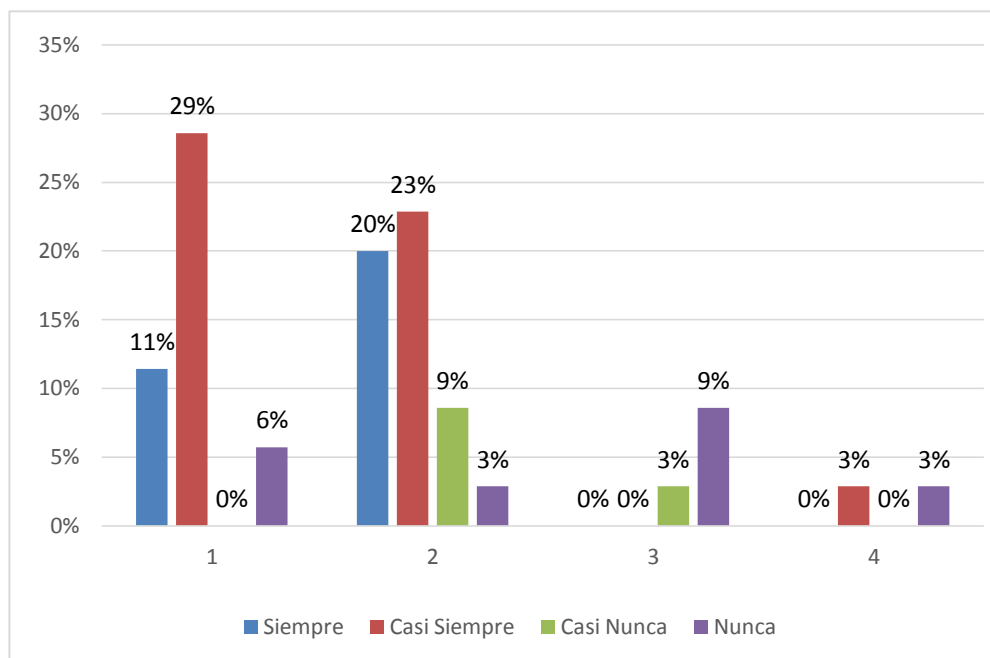


Gráfico 26: Relación de cantidad de niños al cuidado con tiempo suficiente para cuidarse



Fuente propia

En el siguiente gráfico se explica que de los encuestados que presentan 1 o 2 niños a su cuidado, “siempre” o “casi siempre” tienen tiempo suficiente para cuidarse, con un 31% y 52% respectivamente, en comparación con aquellos que mantienen 3 o 4 niños a su cargo disminuyendo el tiempo para cuidarse a “nunca” o “casi nunca”, con 12% y 3% respectivamente.

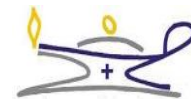
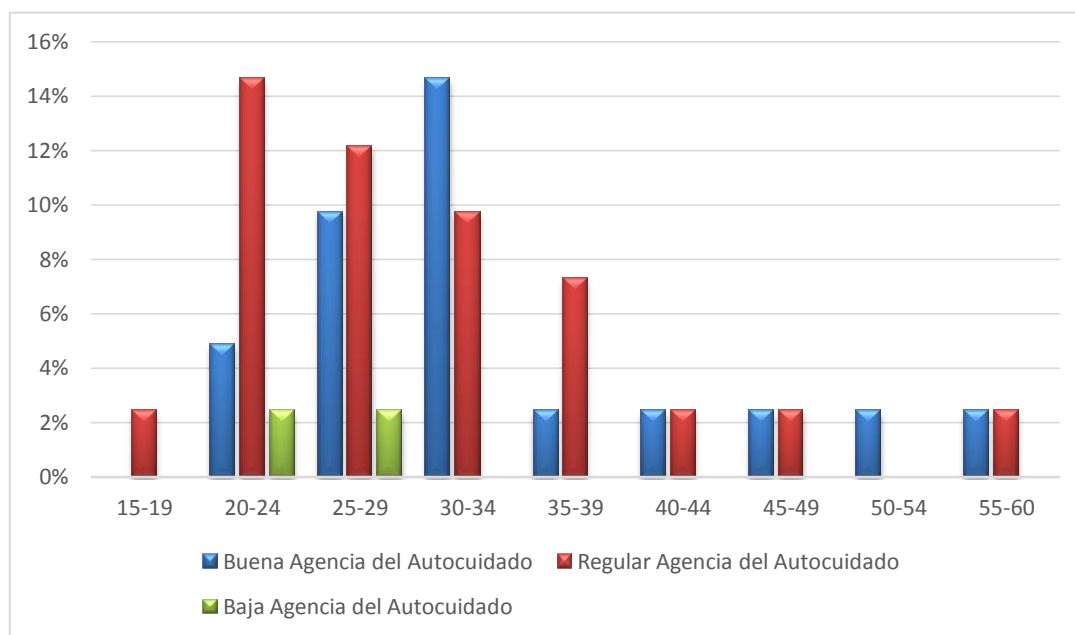


Gráfico 27: Relación de Nivel de autocuidado según edad



Fuente propia

Del gráfico es posible desprender que donde se presenta mayor nivel de autocuidado es en las edades comprendidas entre 30-34 años con un 15% de buena agencia de autocuidado y 10% de regular nivel de autocuidado, seguido de las edades 25-29 años con un buen nivel de autocuidado que alcanza un 10% y un 12% con regular autocuidado. En cuanto a las personas que evidencian un bajo nivel de autocuidado se concentran en las edades entre 20-24 y 25-29 con un 2% en ambos caso.

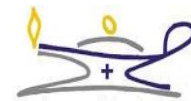
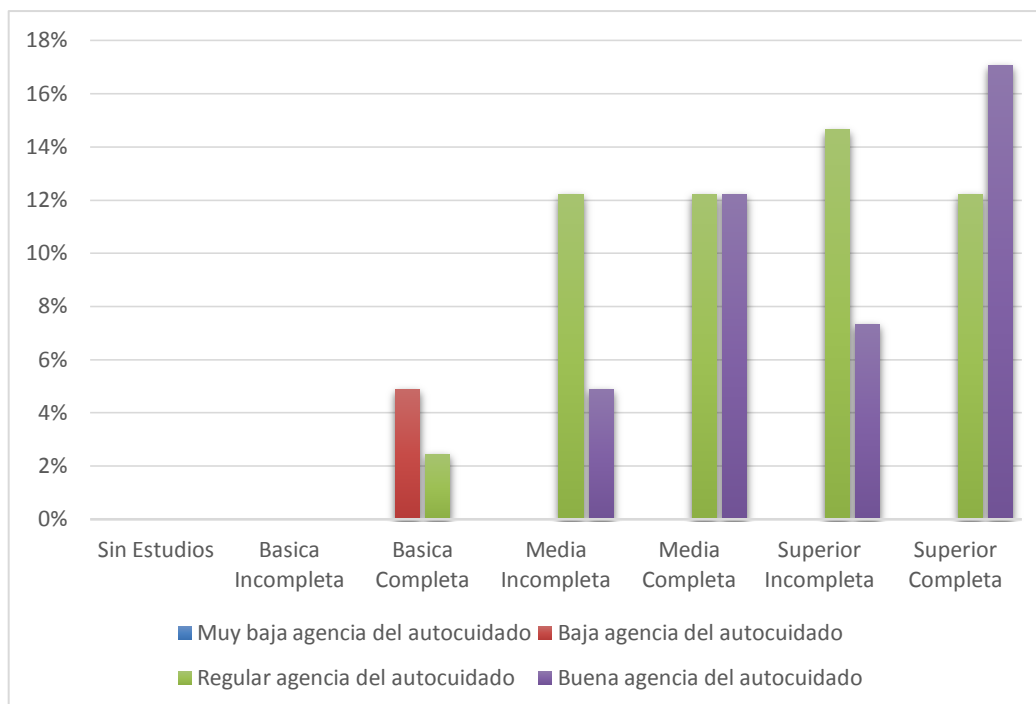


Gráfico 28: Relación de Nivel de autocuidado según nivel educacional



Fuente propia

En el presente gráfico se puede ver que a mayor nivel educacional se presenta una mayor agencia de autocuidado, en donde las personas con educación superior completa presentan el mayor nivel de autocuidado con un 17%, seguida de los individuos con enseñanza media completa con un 12% de buen nivel de autocuidado. En cuanto a las personas con baja agencia de autocuidado se ubican en el grupo con escolaridad básica completa con un 5%.

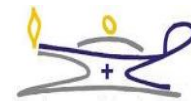
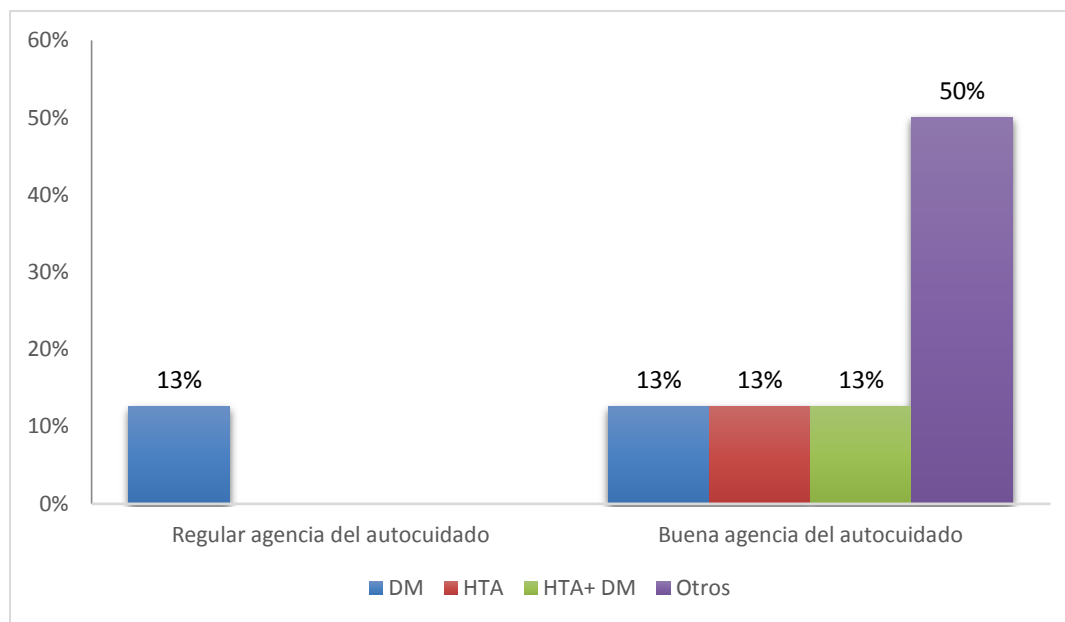


Gráfico 29: Relación de Nivel de autocuidado según enfermedad crónica presente



Fuente propia

De las personas en estudio que contestaron que presentaban una o más patologías crónicas, se puede evidenciar que de las personas que padecen DM un 13% tienen un regular nivel de autocuidado, mientras que el resto de ellas junto con las personas que presentan HTA y DM+HTA mantienen un buen nivel de autocuidado con un 13% en cada una de ellas. En cuanto a las personas que presentan otras patologías crónicas el 50% de ellas mantiene buena agencia de autocuidado.

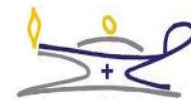
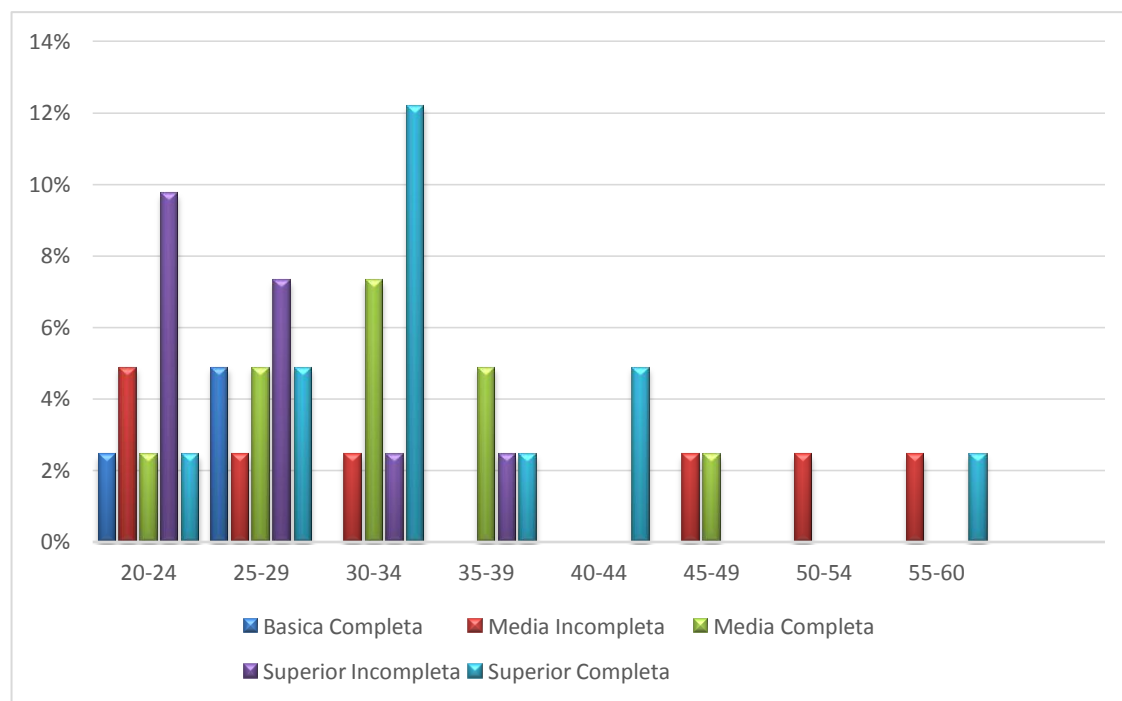


Gráfico 30: Relación de Nivel educacional según la edad



Fuente propia

Del gráfico se puede desprender que las personas con edades comprendidas entre 30-34 tienen el mayor porcentaje de nivel educacional superior completa y media completa con un 12% y 7% respectivamente. Seguida de las edades entre 25-29 con un 5% de personas con educación superior completa y un 7% de superior incompleta. En cuanto a los individuos de mayor edad mantienen una escolaridad de enseñanza media completa o media incompleta con un 2% en ambos caso.

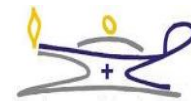
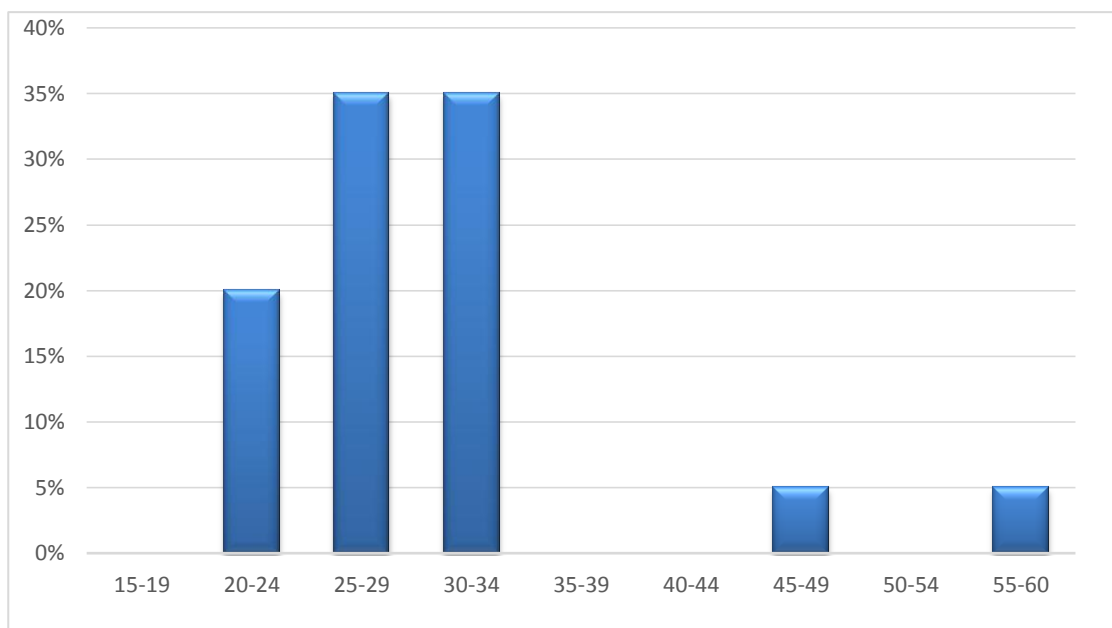


Gráfico 31: Relación de hábito tabáquico según edad

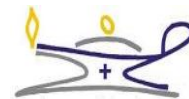


Fuente propia

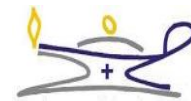
El gráfico anteriormente expuesto expresa la relación existente entre el consumo del tabaco y la edad de los cuidadores principales del preescolar.

Cabe destacar que en los rangos etarios comprendidos entre los 15-19, 40-44, 35-39 y 50-54 años de edad no presentan consumo de tabaco.

En lo que respecta a las edades entre 25 y 29 años de edad se detecta un mayor consumo de tabaco con un 35% de representatividad, seguido con un 35% por los individuos con edades entre 30-34 años y un 20% por cuidadores ente los 20 y 24 años de edad. Finalmente se desprende del gráfico que el menor consumo se posiciona en el grupo comprendido entre 45-49 y 55-60, todos con una data de consumo del 5%.



CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES



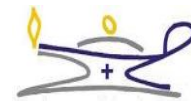
5.1 Discusión

A partir de los resultados presentados con anterioridad se han desprendido los siguientes análisis.

En relación al nivel de autocuidado presentado por los sujetos en estudio, se reconoce que un 54% de estos posee regular agencia de autocuidado, seguido por un 41% en quienes el autocuidado es categorizado como bueno, mientras que un 5% presenta una baja agencia de autocuidado. En el estudio de confiabilidad de la escala “Apreciación de la Agencia de Autocuidado” (ASA), segunda versión en español, adaptada para la población colombiana, se encontró que el 35,8% de los participantes tuvo buena capacidad de agencia de autocuidado, estableciéndose el índice de autocuidado para fines de esta investigación en 36%, rango coherente con los resultados obtenidos en el estudio.

Al analizar la distribución porcentual de los encuestados según grupo etario, se ha detectado que la mayor concentración de estos se encuentra en los rangos de edad 25-29 y 35-39 años con una representatividad del 24% cada uno. Según el “Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral”⁶⁹ publicado el año 2013 por el Ministerio de Salud del gobierno de Chile, se establece que en el 60% de los hogares de el país, los cuidadores principales corresponden a personas menores de 35 años de edad, siendo concordantes los datos recabados en el estudio con la máxima nacional. Al analizar las variables edad y autocuidado, se ha establecido que las personas con edades comprendidas entre 30-34 años de edad, presentaron el mayor nivel de autocuidado con una representatividad del 15% en la categoría buena agencia de autocuidado y el 10% de ellos con una regular agencia de autocuidado, estos son seguidos por las personas con edades comprendidas entre los 25-29 años con un buen nivel de autocuidado alcanzando un 10% y 12% de regular agencia. En cuanto a las personas que evidencian un bajo nivel

⁶⁹ Bárbara Leyton C. CBF,CCI,HS,SSR. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL. Informe. Santiago: Misnisterio de Salud; 2013. Report No.: ISBN 978-956-348-033-7.

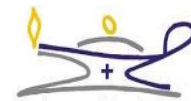


de autocuidado se concentran en las edades entre 20-24 y 25-29 años con un 2% en ambos caso.

En el estudio realizado se ha detectado que la predominancia de género se destaca a la mujer como cuidadora con un 90% de representatividad, lo que se condice con los datos entregados por el “Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral”, donde se establece que el 98,8% de los cuidadores principales corresponden al sexo femenino. Así mismo, a partir de los datos obtenidos en cuanto a la relación del cuidador principal con el preescolar, es la madre, con un 76%, quien en mayor medida mantiene este nexo, seguidos con un 12% por los abuelos, dato que al ser contrastado con los resultados arrojados en el “Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral” publicado el año 2013 donde el porcentaje de abuelos como cuidadores principales solo corresponde al 0.6% nivel país.

Según la distribución porcentual del nivel educacional establecido para el cuidador principal en el “Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral”, la educación media completa alcanza un 40.6%. Al comparar esto con los datos obtenidos en el presente estudio, los encuestados según este nivel representan el 25%. Sin embargo la mayor representatividad en nuestro estudio se encuentra en un nivel educacional superior con un 51% (educación superior completa e incompleta), lo que condice con el incremento progresivo de este grupo educacional, esto se evidencia en los 10.3 puntos porcentuales de aumento desde el año 2010 al 2013. Al analizar el nivel educacional en relación con el autocuidado, se ha evidenciado que a mayor nivel educacional existe un mayor nivel de autocuidado, es así como para nuestro estudio las personas con educación superior completa presentan una buena agencia con un 17%.

En relación a la cantidad de niños al cuidado del cuidador principal, es importante mencionar que el 46% de los encuestados posee dos niños a su cuidado, seguido de un

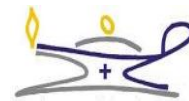


39%, quienes se encargan de uno, y en menor porcentaje, 10%-5%, quienes tienen a su cargo 3 y 4 niños respectivamente. De los resultados encontrados, según el instrumento aplicado ASA de Esther Gallegos, los cuidadores que tienen un infante a su cuidado presentan una agencia de autocuidado buena o regular con un 40%, mientras que los que cuentan con dos menores a su cuidado presentan una buena o regular agencia de autocuidado con una representatividad del 42%. Finalmente en relación a los cuidadores que presentan tres o cuatro menores a su cuidado, según los resultados obtenidos poseen regular agencia de autocuidado con 10% y un 5% respectivamente.

En la información entregada en el programa “Levantamiento y análisis de información sobre el desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas”⁷⁰ en relación al consumo de sustancias potencialmente adictivas, se detectó que el 42,8% de los cuidadores mantiene un hábito tabáquico, datos concordantes con lo registrado en nuestro estudio, en donde se estableció que el 51% de los cuidadores mantienen este hábito. Al analizar el consumo tabáquico por edad, se ha registrado el mayor consumo en los rangos etarios entre 25-29 y 30-34 años con un 35% en ambos casos. En relación a la presencia de patologías crónicas, del total de los encuestados un 20% declaró poseer al menos una patología crónica no transmisible. Al analizar la distribución porcentual de estas se ha recabado que un 7% posee diabetes mellitus tipo II, 5% hipertensión arterial y no se registraron casos de dislipidemia. Al contrastar estos datos con la información entregada por la “Encuesta Nacional de Salud” (ENS) años 2009-2010, se destaca que la prevalencia diabetes mellitus tipo II a nivel nacional corresponde un 9,4%, mientras que lo que respecta a la hipertensión arterial, es de un 26,9% de la población total.⁷¹

⁷⁰ Bedregal P. “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Salud Pública, Escuela de Medicina; 2010

⁷¹ MINSAL, Chile UCd. MINSAL. [Online]. [cited 2015 noviembre 15. Available from: Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010

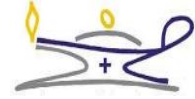


5.2 Conclusiones

A partir de los resultados recabados, entre las características sociodemográficas del cuidador principal del preescolar se destaca que un 24% se encuentra entre los rangos etarios de 25-29 y 35-39 años con igual porcentaje de representatividad; así mismo se evidencia que de los encuestados el 90% de la población pertenece al género femenino, además el 75% del total de los cuidadores principales corresponde a la madre. Esto coincide con la realidad nacional, en donde es la mujer, mayoritariamente la madre, la que aún es la encargada de criar y cuidar a los menores que se encuentran en la etapa de niñez temprana. El segundo mayor porcentaje obtenido en el estudio para la relación del cuidador con el preescolar, correspondió a los abuelos con un 12% de representatividad, lo que al ser contrastado con la realidad nacional expuesta en el “Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral” se concluye que en la zona de estudio existe un elevado porcentaje de abuelos que cuidan superando la máxima nacional en 11,4 puntos porcentuales.

Continuando con la descripción del perfil del cuidador principal, se determinó que un alto porcentaje presenta un nivel educacional superior (51%), lo que relacionado con la agencia de autocuidado, evidenció una proporción directa entre el mayor nivel de autocuidado y una escolaridad elevada. Finalmente, según los datos obtenidos de las características sociodemográficas, el 15% de los encuestados declaró poseer una discapacidad, destacándose la visual con un 12%.

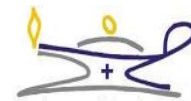
En lo que respecta a la cantidad de menores al cuidado, se ha observado que a menor número de infantes existe una mayor agencia de autocuidado, a su vez se logra detectar que estos cuidadores declaran tener tiempo suficiente para cuidar de sí mismos.



En cuanto al autocuidado, los resultados revelan que mayoritariamente los participantes contaron con una regular capacidad para comprometerse con su autocuidado (54%), esto se ve reflejado al analizar las determinantes que influyen en el déficit de autocuidado de los sujetos de estudio, donde el 51% de los cuidadores principales mantiene un hábito tabáquico activo, detectándose que la gran cantidad de consumo se encuentra en uno de los rangos etarios más representativos de los cuidadores principales (25-29 años).

Al aplicar la escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA) de Esther Gallegos, se infiere que los factores que influyen de manera negativa en el autocuidado de los cuidadores principales, corresponden a los ítems: ajuste de hábitos de salud de acuerdo a las circunstancias, cambios de hábitos alimenticios para mantener peso, ejercicio y descanso durante el día, sueño reparador, cambio de hábitos arraigados para mantener la salud, recepción de información sobre los efectos de los medicamentos, tiempo suficiente para cuidarse debido a sus ocupaciones diarias y tiempo libre para sí mismo, donde existe un porcentaje relevante de los participantes que declaró realizarlo “casi nunca” y “nunca” (17% a 41%).

Para finalizar, como futuros profesionales de Enfermería y promotores de la salud, debemos entregar las herramientas necesarias, a través del control de niño sano, para contribuir a la mejora de las prácticas de autocuidado de quien asume el rol de cuidador principal, puesto que promoviendo el autocuidado del cuidador no solo estaremos generando un beneficio a este, sino que además se estará influyendo en el crecimiento óptimo del preescolar, favoreciendo el futuro desarrollo de capacidades para comprometerse con su autocuidado.



5.3.3 Recomendaciones

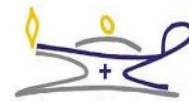
5.3.1. Recomendaciones a la Universidad de Valparaíso Campus San Felipe

A la Universidad de Valparaíso, escuela de Enfermería, se le sugiere difundir la información obtenida en el estudio al alumnado de la institución, con el fin de que estos logren comprender la importancia de la realización de educaciones con respecto al autocuidado a lo largo del ciclo vital y la relevancia que este adquiere a nivel personal y en el subsistema de cuidados.

Sumado a lo anterior, se recomienda a la escuela de Enfermería ampliar sus horizontes investigativos permitiendo al alumnado la realización de investigaciones donde exista la posibilidad de complementar estudios de tipo cuantitativo y cualitativos, lo cual se hace necesario para permitir a los investigadores el análisis de la realidad tanto dinámica como probalística de forma simultánea, para de esta manera tener un perfil más realista de la población estudiada.

5.3.2 Sugerencia para futuras investigaciones

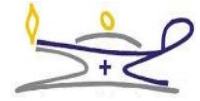
Se sugiere a futuros investigadores abordar aún más la temática estudiada para de tal modo complementar los resultados obtenidos en la investigación, contribuyendo de esta forma al conocimiento en la creación de estrategias para mejorar y/o mantener el grado de autocuidado de la población general, junto con beneficiar el desarrollo saludable del preescolar, construyendo una nueva generación más consciente de su salud.



Por otro lado, se recomienda a los futuros investigadores, considerar la confección de un muestreo más significativo que permita que los resultados obtenidos en el estudio puedan ser generalizados fuera de los límites geográficos.

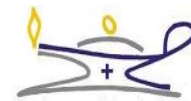
5.3.3 Sugerencias para el jardín en estudio.

Dado que a partir del análisis de los datos obtenidos se ha detectado un regular nivel de autocuidado de los cuidadores principales del pre-escolar, con un 54% de los individuos en estudio, se sugiere al jardín infantil “El Trencito” la coordinación con entidades del área de la salud (CESFAM, Universidades, etc.) para la realización de educaciones orientadas a promover estilos de vida saludables en los apoderados de los infantes, con el objetivo de fomentar la existencia de generaciones cada vez más conscientes de su propio cuidado.



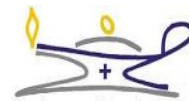
CAPÍTULO 6

BIBLIOGRAFÍA

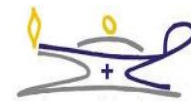


6. Bibliografía

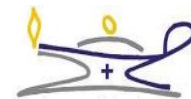
1. Bedregal P. “Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Salud Pública, Escuela de Medicina; 2010.
2. Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. Quinta ed. Barcelona: Mosly; 2003. Cap. 28. P.502-520
3. Papalia DE. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. In. Mexico: McGraw-Hill; 2005. p. 246.
4. Moraga C. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales. In. Chile: Unidad Chile Crece Contigo; 2012. p. 16.
5. Chile. Chile crece contigo. [Online].; 2012 [cited 2015 05 07. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/Orientaciones-t%C3%A9cnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>
6. Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes; Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe. Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. Revista latinoamericana de enfermagem. 2012. Vol 20 (n°4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400020&script=sci_arttext
7. Posada, A. *El niño sano*. 3ª ed. Colombia: Ed. Médica Panamericana; 2005



8. Rice, F.P. *Desarrollo Humano Estudio del ciclo vital*. 2ª ed. México: Pearson Educación; 1997
9. Dra. Miriam Aliño Santiago Dr. Raymundo Navarro Fernández, Dra. Juana R. López Esquirol, Dra. Iraiza Pérez Sánchez. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Rev Cubana Pediatr* v.79 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2007. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312007000400010&script=sci_arttext
10. Chile. Chile crece contigo. [Online].; 2012 [cited 2015 05 07. Disponible en:
<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/Orientaciones-t%C3%A9cnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>
11. Muzzo B Santiago. Crecimiento normal y patológico del niño y del adolescente. *Rev. chil. nutr.*[Internet]. 2003 Ago [citado 2015 Ago 18]; 30(2):92-100.Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182003000200003>.
12. Céspedes Gloria Maritza. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichán* [serial on the Internet]. 2005 Oct [cited 2015 Nov 10] ; 5(1):108-113. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100011&lng=en.
13. OMS. OMS. [Online].; 2015 [cited 2015 noviembre 17. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/es/.



14. Herrera R, Castro P. Chile Crece contigo. [Online].; 2010 [cited 2015 noviembre 17]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/8-Informe-final-Levantamiento-y-analisis-de-informacion-desarrollo-infantil-y-sus-determinantes-en-contexto-ChCC.pdf>.
15. Bárbara Leyton C. CBF,CCI,HSH,SSR. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL. Informe. Santiago: Misnisterio de Salud; 2013. Report No.: ISBN 978-956-348-033-7.
16. ONU Mujeres. Transformar las economías para realizar los derechos (2015) [Internet]. [Consultado, 2015 Jul 7] Disponible en: <http://progress.unwomen.org/en/2015/pdf/SU>
17. INE. Enfoque demográfico de genero.2015. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/genero/pdf/enfoque-poblacion.pdf
18. INE. Anuario de estadísticas vitales 2012. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2012.pdf
19. Gomez-Urrutia, V. & Jimenez-Figuera, A. El conflicto trabajo-familia ante los derechos al cuidado de niños y niñas. (2015) Revista Latinoamericana de ciencias sociales, Niñez y Juventud 13 (1), pp. 137-150.
20. Ministerio de Salud, Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>



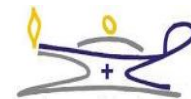
21. Oficina de tabaco, Ministerio de salud, Chile. Las mujeres y el tabaco: Una relación adictiva. Disponible en:
<http://www.chilelibredetabaco.cl/wp-content/uploads/2012/10/Mujeres-y-Tabaco-en-Chile.pdf>

22. Tagle V Rodrigo, Acevedo Mónica, Valdés Gloria. Hipertensión arterial en la mujer adulta. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Feb [citado 2015 Nov 16]; 141(2): 237-247. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200014>.

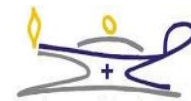
23. Ministerio de Salud, Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Disponible en:
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

24. Fogarty K, Garret D, otros beneficios de ser un papá comprometido [<https://edis.ifas.ufl.edu/fy1232>]

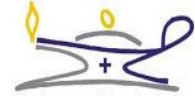
25. Gobierno de Chile; guía de paternidad, Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas; 2012, online [http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201304081746150.Guia_Paternidad.pdf]



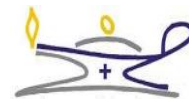
26. Departamento de estudios sociales, abril de 2009, departamento de estudios sociales Encuesta experimental sobre el uso del tiempo en el gran Santiago, online [http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/encuesta_tiempo_libre/pdf/presentacion_eut_17_04_2009.pdf]
27. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, encuesta Nacional de Salud; ENS 2009-2010, ONLINE [http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/SEMINARIO_PLAN_COMUNAL_DE_SALUD_SAN_FELIPE/PPT05.pdf]
28. Gobierno de Chile, FONADIS, Resultado nacional de prevalencia de personas con discapacidad en Chile; 2004,online [http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/presentacionresultadosestudionacionaldeladiscapacidad.pdf]
29. NewYork-Presbyterian. Abuelos que crían a sus nietos. [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.cornellcares.org/pdf/handouts/rct_grandparents_sp.pdf
30. Instituto Nacional de Estadísticas. Catastro de Población Adulta Mayor [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf
31. Gobierno de Chile Ministerio de salud. Guía Clínica Diabetes tipo 2 [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-623_recurso_1.pdf



32. Gobierno de Chile Superintendencia de Salud. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf
33. Instituto Nacional de Estadísticas. 1º estudio discapacidad_2005 - resultados3.pdf [Internet]. [Citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/reultados3.pdf
34. Velásquez SHLM. Historia de la Educación en Chile. [Online]. [citado 2015 08 02]. Disponible en: <http://historiadelaeducacionenchile.blogspot.cl/2011/06/junji.html>.
35. TodoEduca.cl. JARDINES INFANTILES [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.todoeduca.cl/2012/12/18/jardines-infantiles/>
36. Topnanny. ¿Qué es una niñera? [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://topnanny.es/info/presentacion-ninera>
37. Equipo editorial Elbebe. ¿Cuáles son las funciones de las niñeras o cuidadoras? [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.elbebe.com/familia/funciones-cuidadoras-nineras>
38. Raile M. Teoría del déficit de autocuidado. In Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona : Elsevier p. 236
39. Vega O, Gonzalez D. Dialnet. [Online]; 2007 [cited 2015 noviembre 15. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>.

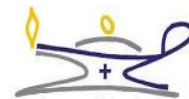


40. Raile M. Teoría del déficit de autocuidado. In Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona : Elsevier p. 236
41. MINSAL, Chile UCd. MINSAL. [Online]. [cited 2015 noviembre 15. Disponible en: Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010
42. Saavedra C, Yolanda M. Universidad Autónoma de Querétaro. [Online].; 2015 [cited 2015 noviembre 15. Disponible en:
<http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/2299/1/RI001801.pdf>.
43. Lange I, Urrutia M, Campos C, Gallegos E, Herrera L, Jaimovich S, et al. Universidad Católica. [Online].; 2006 [cited 2015 noviembre 15. Disponible en:
https://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf.
44. Vega O, Gonzalez D. Dialnet. [Online].; 2007 [cited 2015 noviembre 15. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>
45. Manrique-Abril Fred, Fernández Alba, Velandia Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichán [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2015 Apr 13] ; 9(3): 222-235. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-599720090003000003&lng=en



CAPÍTULO 7

ANEXOS



7.1 Anexo N°

CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Felipe, Martes 16 de Junio de 2015.
Segunda versión.

Nombre del Estudio: “Características sociodemográficas y nivel de autocuidado del cuidador principal del preescolar.”

Investigador Responsable: Carmen Gloria Garcés.

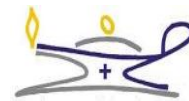
Unidad Académica: Universidad de Valparaíso Campus San Felipe.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, -o no-, en una investigación científica.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y realice las preguntas que desee al investigador o al personal del estudio.

Este estudio está siendo financiado por los propios estudiantes investigadores y no se percibirán ingresos por la realización del mismo.

El objetivo del estudio es determinar cómo las características del autocuidado del cuidador principal se relacionan con el desarrollo del preescolar (niño de 2 a 4 años), esto puesto que en estudios anteriores ha quedado demostrado que las conductas observadas en el cuidador se pueden ver reflejadas en los futuros hábitos de salud adquiridos por el niño.



Procedimiento:

Ud. será sometido a una encuesta que permitirá determinar su grado de autocuidado. Para obtener esta información usted será contactado por uno de los investigadores para acordar un segundo encuentro.

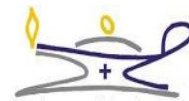
La información obtenida mediante este instrumento estará protegida por un **acuerdo de confidencialidad** en la que el grupo de investigadores garantiza la privacidad de cada uno de los datos recopilados. La información obtenida será almacenada durante un periodo de 5 años por profesora tutora de la investigación, la cual destinará un lugar en su oficina en las dependencias de la Universidad de Valparaíso Campus San Felipe, bajo sistema de seguridad al cual solo ella tendrá acceso mediante llaves.

Del estudio:

BENEFICIOS:

Beneficios para los cuidadores: Beneficios directos para el cuidador principal no tiene el estudio, solamente conocerá su nivel de autocuidado al ser realizada la encuesta por el tesista.

Beneficios para la comunidad: A partir de los datos obtenidos se orientara al establecimiento para adoptar medidas en la mejora de las prácticas del cuidado en conjunto con el cuidador principal, con el objetivo de contribuir en el crecimiento y desarrollo optimo del preescolar inserto en el establecimiento educacional “Trencito” de la comuna de Putaendo.



RIESGOS: La aplicación del instrumento no representa ningún daño para usted o el investigador ya que la metodología utilizada no implica ningún procedimiento invasivo que se traduzca en un daño físico o psicológico.

COSTOS: Esta investigación no implicará ningún tipo de gasto personal extra para usted más que su propia colaboración.

CONFIDENCIALIDAD: Los resultados solo serán conocidos por el equipo de trabajo y la Universidad de Valparaíso Campus San Felipe. El uso de éstos en la publicación del estudio no incluirá su nombre ni otros datos personales.

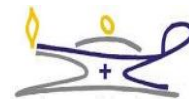
La información obtenida será almacenada durante un periodo de 5 años por profesora Carmen Gloria Garcés, docente carrera de Enfermería Universidad de Valparaíso tutora de la tesis, la cual destinara un lugar en su oficina en las dependencias de la Universidad de Valparaíso Campus San Felipe, bajo sistema de seguridad al cual solo ella tendrá acceso mediante llaves.

DERECHOS:

Ud. podrá retirarse del estudio sin tener que dar explicaciones y no tendrá ningún perjuicio para su persona.

Tendrá derecho a conocer los resultados generales obtenidos en el estudio, estos se socializarán en una reunión programada previamente con la Directora del jardín en las dependencias del establecimiento. Junto con lo anterior se programará una reunión con la comunidad escolar para dar cuenta de los resultados obtenidos.

JUSTICIA: Los sujetos que participaran en este estudio han sido seleccionados ya que cumplen con el perfil de cuidador principal que se define como aquella “persona responsable del cuidado del preescolar y la satisfacción de sus necesidades como reposo



y sueño, alimentación, recreación, e higiene durante los periodos en que el infante no se encuentre en la institución educacional, fines de semana y días festivo”.

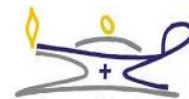
PREGUNTAS:

Si tiene preguntas acerca de esta investigación Científica puede contactar o llamar a la Docente Carmen Gloria Garcés, investigador Responsable del estudio, al teléfono: 09 440 69 68.

El protocolo de investigación que se aplicará en este estudio ha sido aprobado por el comité de ética científico del servicio de Salud Aconcagua. Para mayor información acerca de sus derechos como participante en esta investigación, usted puede llamar a Claudia Camerati, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Aconcagua, al teléfono 2342998, o al mail: claudia.camerati@redsalud.gob.cl.

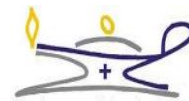
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que puedo retirarme (o a mi hijo/hija), de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.



FIRMAS DE INVOLUCRADOS.

<i>Participante:</i>	<i>Investigador:</i>	<i>Directora de Institución:</i>
<i>Firma</i>	<i>Firma</i>	<i>Firma</i>
<i>Fecha</i>	<i>Fecha</i>	<i>Fecha</i>



7.2 Anexo N°2

Cuestionario para recolección de características personales.

Instructivo del cuestionario

El cuestionario que se aplicará a continuación será realizado por alumnos de la carrera de Enfermería a cargo de la investigación, éste tiene por finalidad conocer las características del cuidador principal del niño de 2 a 4 años que asiste a jardín JUNJI en la comuna de Putaendo durante el periodo de agosto a septiembre del año 2015.

La información recabada a través del presente instrumento será utilizada de forma responsable, procurando resguardar el principio de privacidad de las personas involucradas y utilizando los resultados obtenidos solo con propósitos académicos por los estudiantes de IV año de Enfermería pertenecientes a la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

En cada una de las preguntas usted deberá marcar con una “X” la alternativa que encuentre pertinente. En el caso que se solicite especificar, la respuesta debe ser clara y precisa.

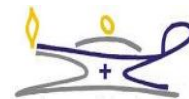
2) **Edad :** _____

3) **Sexo:**

- a) Femenino.
- b) Masculino.

4) **Nivel de educación:**

- a) Sin estudios.
- b) Básica incompleta.
- c) Básica completa.



- d) Media incompleta.
- e) Media completa.
- f) Superior incompleta.
- g) Superior completa.

5) Estado civil:

- a) Casada(o).
- b) Soltera(o).
- c) Separada(o).
- d) Viuda(o).
- e) Conviviente y/o pareja.

6) ¿Cuál es su relación con el preescolar (niño/a de 2 a 4 años)?

- a) Madre.
- b) Padre.
- c) Hermano(a).
- d) Abuelo(a).
- e) Otros (Especifique): _____

7) ¿Cuántos niños tiene a su cuidado?

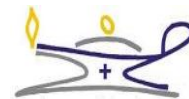
- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4 o más.

8) ¿Usted fuma cigarrillos?

- a) Sí.
- b) No.

9) ¿Tiene alguna enfermedad crónica? (si la respuesta es **No, continúe con la pregunta 11)**

- a) Sí.
- b) No.



10) ¿Cuál de las siguientes enfermedades crónicas padece? Puede marcar más de una.

- a) Diabetes mellitus.
- b) Hipertensión arterial.
- c) Dislipidemia (colesterol alto).
- d) Otros: _____

11) ¿Controla usted su enfermedad crónica en un centro de salud (público o privado)?

- a) Sí.
- b) No.

12) ¿Tiene usted alguna discapacidad física? (si la respuesta es No, continuar con la pregunta 13)

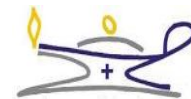
- a) Sí.
- b) No.

13) ¿Qué tipo de discapacidad tiene? Puede marcar más de una.

- a) Motriz (en piernas o brazos)
- b) Visual
- c) Auditiva
- d) Otros: _____

14) ¿Cuál es la principal relación y/o actividad en la que usted participa en la comunidad? Marque solo una.

- a) Iglesia
- b) Trabajo
- c) Escuela
- d) Club
- e) Amigos
- f) Familia



7.3 Anexo N°3

ESCALA DE APRECIACIÓN DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA).

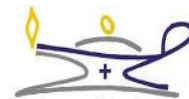
Instructivo de la escala

La escala que se aplicará a continuación será realizada por alumnos de la carrera de Enfermería a cargo de la investigación, ésta tiene por finalidad conocer el nivel de autocuidado del cuidador principal del niño de 2 a 4 años que asiste a jardín JUNJI en la comuna de Putaendo durante el periodo de agosto a septiembre del año 2015.

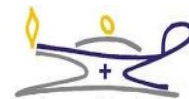
La información recabada a través del presente instrumento será utilizada de forma responsable, procurando resguardar el principio de privacidad de las personas involucradas y utilizando los resultados obtenidos solo con propósitos académicos por los estudiantes de IV año de Enfermería pertenecientes a la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

En cada una de las preguntas usted deberá marcar con una “X” la alternativa que encuentre pertinente.

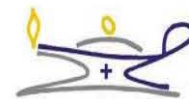
Nº	Pregunta	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud	1	2	3	4
2	Las acciones que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas	1	2	3	4
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda	1	2	3	4
4	Yo puedo hacer lo necesario para	1	2	3	4



	mantener limpio el ambiente donde vivo				
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud	1	2	3	4
6	Tengo las fuerzas necesarias para cuidarme como debo	1	2	3	4
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora	1	2	3	4
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio	1	2	3	4
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios	1	2	3	4
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser	1	2	3	4
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día	1	2	3	4
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre	1	2	3	4
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado	1	2	3	4
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo	1	2	3	4
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio	1	2	3	4
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud	1	2	3	4



17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios	1	2	3	4
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro	1	2	3	4
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud	1	2	3	4
20	Debido a mis ocupaciones diarias tengo tiempo suficiente para cuidarme	1	2	3	4
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer	1	2	3	4
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda	1	2	3	4
23	Tengo tiempo libre para mi	1	2	3	4
24	Si tengo limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme.	1	2	3	4



Anexo N° 4: Carta de autorización JUNJI



VALPARAISO, 08 MAYO 2015

DE SRTA. PRISCILA CORSI CACERES
DIRECTORA REGIONAL VALPARAISO

A SRA. MAGDALENA SILVA AGUAYO
JEFA DE CARRERA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
CAMPUS SAN FELIPE

Junto con saludarla cordialmente, me dirijo a usted para informar que se autoriza a los estudiantes de la carrera de Enfermería de esa Universidad que se encuentran cursando el cuarto año, para que realicen una investigación en el jardín el jardín JUNJI "El Trencito" de la comuna de Putaendo de Aconcagua, región de Valparaíso.

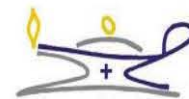
El nombre de la investigación es "Características socioculturales, personales y grado de auto cuidado del cuidador principal del preescolar". Esta investigación se realizará en Agosto del 2015, previa autorización del comité de ética del Servicio de Salud Aconcagua.

Los Estudiantes Tesistas son:

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| - Jorge O. Ávila Hailla. | RUT: 17.669.022-4 |
| - María J. Chaparro Aguilera | RUT: 18.562.853-1 |
| - Manuel J. Estay Fuentes | RUT: 18.258.210-7 |
| - Esteban N. León Riveros | RUT: 18.015.306-3 |
| - Carolina A. Mora Bruna | RUT: 18.562.395-5 |
| - Joceline E. Parra Pérez | RUT: 18.259.494-6 |
| - Keila Y. Puga Allendes | RUT: 18.382.445-7 |
| - Francisco J. Tapia Lotina | RUT: 18.257.382-5 |

Saluda atentamente,

PRISCILA CORSI CACERES
Directora Regional
JUNJI Valparaíso



Anexo N°5: Carta de autorización CEC para realizar estudio



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
EU. CCS / CCS

San Felipe, 23 de Julio de 2015

Carta-C.E.C 30/2015

Estimada:
Carmen Gloria Garcés
INVESTIGADORA PRINCIPAL
Presente

Informo a Ud., que el Comité Ético Científico de Investigación del Servicio de Salud Aconcagua, analizó Segunda Versión de Estudio: "**Perfil sociodemográfico y nivel de autocuidado del cuidador principal del preescolar**", en este contexto, se informa que se definió **APROBADO**.

Sin embargo, deberá realizar las siguientes modificaciones antes de su inicio:

- En el consentimiento informado debe eliminar, el beneficio para el estudiante y la Carrera de Enfermería, ya que esto corresponde a un objetivo.
- En Anexo N° 13 – Modificaciones al Protocolo de Estudio, se detectaron errores en la digitación de números de página, por ejemplo:

Observación N° 5: Dice: "se encuentra en la página número 20", Debiese decir: "se encuentra en la página número 22".

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.




DR. PATRICIO NEIRA GUERRA
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Distribución:

- Oficina de Partes CEC-SSA