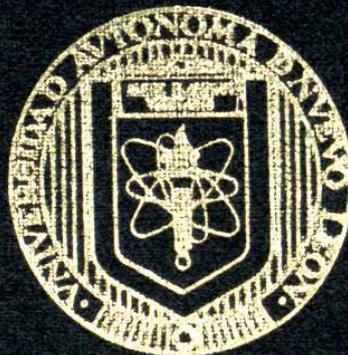


77

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



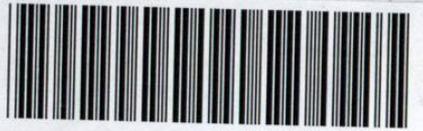
CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO Y
AUTOCLUIDADO EN POBLACION PEDIATRICA
CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Por

LIC. MANUEL JESUS ALAMILLA BARAHONA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria

ENERO DE 2000



1080095032

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO Y
AUTO-CUIDADO EN POBLACION PEDIATRICA
CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Por

LIC. MANUEL JESUS ALAMILLA BARAHONA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria

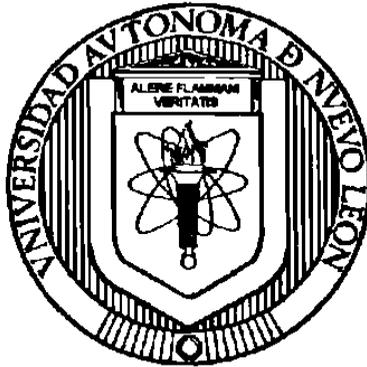
ENERO DE 2000

RCGGO

A4



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO Y AUTOCUIDADO EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DIABETES MELLITUS TIPO 1**

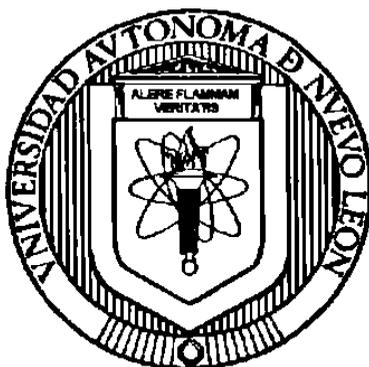
Por:

LIC. MANUEL JESUS ALAMILLA BARAHONA

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria.**

Enero de 2000

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO Y AUTOCUIDADO EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DIABETES MELLITUS TIPO 1**

Por:

LIC. MANUEL JESUS ALAMILLA BARAHONA

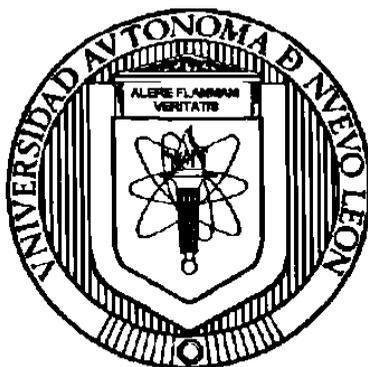
Director de tesis

M.E. Ma. del Refugio Durán López

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria.**

Enero de 2000

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO Y AUTOCUIDADO EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DIABETES MELLITUS TIPO 1**

Por:

LIC. MANUEL JESUS ALAMILLA BARAHONA

Asesor Estadístico

Marco Vinicio Gómez Meza PhD

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria.**

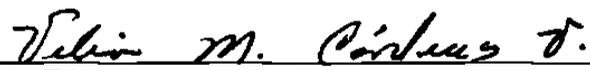
Enero de 2000

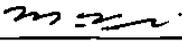
CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO Y AUTOCUIDADO EN POBLACIÓN
PEDIÁTRICA CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

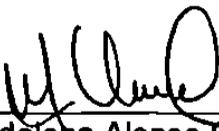
Aprobación de tesis:


M.E. Ma. del Refugio Durán López.
Director de la Tesis


M.E. Ma. del Refugio Durán López.
Presidente


M.E. Velia Margarita Cárdenas Villareal
Secretario


Marco Vinicio Gómez Meza Ph.D.
Vocal


M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

Cuando pienso en la etapa de mi vida que estoy a punto de finalizar agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta ella.

A la Universidad Autónoma de Campeche, por su apoyo otorgado para poder concluir con los estudios de Maestría, en la Cd. de Monterrey, N.L.

A la Fundación Desarrollo Educacional de Campeche, A.C. por haberme brindado la oportunidad de realizar los estudios de Maestría. Especialmente al Lic. Mario Pavón Carrasco por haberme apoyado para obtener la beca de la Fundación y por su apoyo incondicional.

Al Hospital de Especialidades N° 25 del IMSS, en particular a la Dra. Juanita Romero, Dr. Ignacio Martínez, y Lic. Margarita Villasana por todo su apoyo para la realización de esta investigación.

Al Hospital Universitario, en especial a la Dra. Magali Santos por todas las facilidades proporcionadas.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por el apoyo proporcionado del 30% de descuento en las materias cursadas a partir del tercer semestre de la Maestría.

A la M.E. Ma. del Refugio Durán López, por su valiosa asesoría, apoyo y comprensión en los momentos difíciles para la realización de esta investigación, así como por sus conocimientos aportados y la paciencia mostrada.

Al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza, por su acertada asesoría estadística, tiempo y dedicación.

A la M.S.P. Magdalena Alonso Castillo, por la oportunidad brindada y por sus conocimientos proporcionados.

GRACIAS

DEDICATORIA

A Nuestro Señor Jesucristo, por ser mi guía, refugio y consuelo, durante los momentos difíciles de mi vida, así como de las alegrías y satisfacciones recibidas de él.

A mi madre Dalia Amalia Barahona Chin, quien me dio la vida, enseñanza, conocimiento, consejos, así como su apoyo incondicional para el logro de mis metas.

A mi padre Jorge Antonio Alamilla Miss, por su apoyo preciso y oportuno que siempre me ha brindado y por sus consejos en los momentos cruciales de mi vida.

A mis hermanos Isidro, Ariosto, Miguel, Mirtha y Alberto por su apoyo incondicional en todo momento.

A mi prima Rosita por su tiempo y dedicación que me brindo desinteresadamente.

A mis tíos Landy y Orlando por su ayuda económica y apoyo incondicional.

A mis cuñadas y cuñado Candy, Mercedes, Ana, Jorge, por su cariño y comprensión.

A mis amigos de Campeche, Evelyn, Micaela, Joaquín, Natalia, Conchita, Martha, Margarita, Abril, Antonia Barrancos, Lily Palomo, Ramón Brito, Carmita Zapata, Julia Noh y Lupita Chuc.

A mis amigas Yolanda y Patricia, por su apoyo, cariño y comprensión siempre demostrada.

Al Lic. Raúl Arenas Covarrubias y familia, por su apoyo y confianza en los momentos difíciles durante mi estancia en esta ciudad.

A mis amigos Karina y Juan Carlos, por el tiempo que convivimos juntos y por el apoyo que me brindaron.

A mis compañeros de la Maestría Margarita Quintana, Graciela, Celia, Lourdes y Jorge, con quienes compartí momentos de alegría y experiencias inolvidables.

A mis alumnos de la Escuela General de Enfermería de Nuevo León, por su paciencia y palabras de aliento en los momentos más difíciles de mis estudios. Así como a los docentes que me apoyaron en todo momento en especial al Dr. Víctor y a la Lic. Aurora.

Expreso mi gratitud y cariño a todos los docentes y personal administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en especial a Nidia, Silvia y Maribel por su apoyo y facilidades brindadas durante mi formación académica.

A l personal de biblioteca en especial a Laura, Gustavo y Miguel por todo su apoyo y paciencia en la búsqueda de documentos para la realización de este estudio.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.2 Hipótesis.....	7
1.3 Objetivos.....	9
1.4 Importancia del Estudio.....	9
1.5 Limitaciones del Estudio.....	10
1.6 Definición de Términos.....	10
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	14
2.1 Teoría General del Déficit de Autocuidado/Cuidado Dependiente.....	14
2.2 Conceptos Seleccionados de la Teoría del Déficit de Autocuidado.....	17
2.3 Revisión de Literatura.....	21
3. METODOLOGÍA	27
3.1 Diseño del Estudio.....	27
3.2 Universo, Sujetos y Muestra.....	27
3.3 Criterios de Inclusión.....	28
3.4 Criterios de Exclusión.....	28
3.5 Instrumentos.....	28
3.6 Procedimientos para la Recolección de la Información.....	29
3.7 Análisis de Datos.....	31
3.8 Ética del Estudio.....	32
4. RESULTADOS	33
4.1 Consistencia Interna de los Instrumentos.....	34
4.2 Estadística Descriptiva.....	35
4.3 Estadísticas Inferenciales.....	41
4.3.1 Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Variables Continuas.....	42
4.3.2 Prueba de Hipótesis.....	46
5. DISCUSIÓN	57
5.1 Conclusiones.....	62
5.2 Recomendaciones.....	63
REFERENCIAS	64

APÉNDICES.....	66
APÉNDICE A.- ESQUEMA DERIVACIÓN CONCEPTUAL (OREM, 1995).....	67
APÉNDICE B.- INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.....	68
APÉNDICE C.- SOLICITUD A INSTITUCIONES SELECCIONADAS.....	69
APÉNDICE D.- PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE LAS INSTITUCIONES SELECCIONADAS.....	70
APÉNDICE E.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	72
APÉNDICE F.- ACCIONES DE CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO PARA SATISFACER REQUISITOS UNIVERSALES.....	73
APÉNDICE G.- ACCIONES DE CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO PARA SATISFACER REQUISITOS DE DESARROLLO.....	74
APÉNDICE H.- ACCIONES DE CUIDADO DEPENDIENTE PARA SATISFACER REQUISITOS POR DESVIACIÓN DE LA SALUD.....	75
APÉNDICE I.- ACCIONES DE AUTOCUIDADO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES PARA SATISFACER REQUISITOS UNIVERSALES.....	76
APÉNDICE J.- ACCIONES DE AUTOCUIDADO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES PARA SATISFACER REQUISITOS DE DESARROLLO.....	77
APÉNDICE K.- ACCIONES DE AUTOCUIDADO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES PARA SATISFACER REQUISITOS POR DESVIACIÓN DE LA SALUD.....	78

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Consistencia Interna del Instrumento Acciones de Cuidado Dependiente (DCA).....	34
2. Consistencia Interna del Instrumento Acciones de Autocuidado en Niños y Adolescentes (AACPP).....	34
3. Factor Condicionante Básico (Edad de la Madre).....	35
4. Factores Condicionantes Básicos de las Madres (Orientación Sociocultural).....	36
5. Factores Condicionantes Básicos de las Madres (Sistema Familiar).....	37
6. Factores Condicionantes Básicos de las Madres (Disponibilidad de Recursos).....	38
7. Factores Condicionantes Básicos de los Niños y Adolescentes.....	39
8. Factores Condicionantes Básicos de los Niños y Adolescentes (Estado de Salud).....	40
9. Edad de Diagnóstico de la Diabetes y Resultados de Hemoglobina Glucosilada.....	41
10. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Factores Condicionantes Básicos Maternos y del Niño (FCBM y FCBPP).....	42
11. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Índices de Acciones de Cuidado Dependiente y Acciones de Autocuidado.....	44
12. Coeficiente de Correlación de Pearson entre las Acciones de Autocuidado de los Niños y Adolescentes (AACPP) y Acciones de Cuidado Dependiente de las Madres (DCA) con Cifras de Hemoglobina Glucosilada.....	45
13. Análisis de Varianza para el Modelo Lineal con un Criterio de Clasificación (Protocolos de Atención de las Instituciones de Salud).....	46
14. Valores Medios del Índice de Autocuidado por Institución de Salud.....	46

15. Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Dependiente es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos Universales del Niño.....	47
16. Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Dependiente es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos Universales del Niño.....	48
17. Escolaridad Materna con Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos Universales del Niño.....	48
18. Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Dependiente es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos de Desarrollo del Niño.....	50
19. Análisis de Varianza para el Modelo Lineal con un Criterio de Clasificación Cuando la Variable Respuesta es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos de Desarrollo del Niño.....	50
20. Religión con Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos de Desarrollo del Niño.....	51
21. Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Dependiente es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos por Desviación de la Salud del Niño.....	52
22. Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Respuesta es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos por Desviación de la Salud del Niño.....	52
23. Escolaridad, Ingreso y Ocupación con Acciones de Cuidado Dependiente Materno para Satisfacer Requisitos por Desviación de la Salud del Niño.....	53
24. Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Respuesta es Acciones de Autocuidado del Niño y Adolescente.....	54
25. Correlación de Pearson para Acciones de Cuidado Dependiente Materno y Acciones de Autocuidado de Niños y Adolescentes.....	55

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TGDAC).....	15
2. Interrelación de Conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado/Cuidado Dependiente.....	16
3. Conceptos de la Teoría del Déficit de Autocuidado seleccionados para la presente Investigación (Orem, 1995).....	20
4. Diagrama de Dispersión entre los índices Acciones de Autocuidado y Acciones de Cuidado Dependiente.....	43

RESUMEN

Manuel Jesús Alamilla Barahona

Fecha de Graduación: Enero de 2000

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO Y AUTO-CUIDADO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Número de páginas: 80

Candidato para el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria

Area de Estudio: Ciencias de la Salud

Propósito y Método del Estudio: La Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem (TGDAC) fue el marco de donde se seleccionaron los conceptos: Factores Condicionantes Básicos: edad, sexo, estado de salud, orientación sociocultural, sistema familiar y disponibilidad de recursos, además del concepto Acciones de Autocuidado/Cuidado Dependiente. El propósito del estudio fue contar con explicaciones respecto a las relaciones entre los factores condicionantes básicos de la madre y del niño de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1, con las acciones de autocuidado/cuidado dependiente, así como verificar de que manera el cuidado materno se relaciona con el autocuidado del hijo. El diseño fue descriptivo explicativo y comparativo en dos instituciones de salud. El tipo de muestreo fue aleatorio estratificado con asignación proporcional; la muestra la constituyeron 127 madres y sus respectivos hijos con padecimiento de diabetes mellitus tipo 1. Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos: Agencia de Cuidado Dependiente (DCA) y Acciones de Autocuidado en Niños y Adolescentes (ACPP) y un cuestionario de datos demográficos. El análisis estadístico se realizó a través del Análisis de Varianza para el Modelo Lineal, prueba de Kolmogorov-Smirnov, Coeficiente de Correlación de Pearson y prueba de Tukey.

Contribución y Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio a través del Análisis de Varianza mostraron que el factor condicionante básico escolaridad afecta las acciones de cuidado dependiente materno para satisfacer requisitos universales con $F_{calc}=5.293$, $p=.001$ y variación explicada de 14 por ciento, así mismo la religión afecta las acciones de cuidado materno para satisfacer requisitos de desarrollo con $F_{calc}=3.890$, $p=.011$ y variación explicada de 23 por ciento; también se encontró que la escolaridad, ingreso y ocupación afectan las acciones de cuidado materno para satisfacer requisitos por desviación de la salud con $F=3.017$, $p=.021$; $F=3.433$, $p=.019$ y $F=9.925$, $p=.010$ y variación explicada de 16 por ciento. Las acciones de autocuidado del niño y adolescente se relacionan significativamente con las acciones de cuidado dependiente materno ($r=.401$, $p<.001$). Los protocolos de atención por institución afectan las acciones de autocuidado del niño y adolescente ($F=3.924$, $p=.050$). Los hallazgos apoyan algunas de las relaciones establecidas por la teoría.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS

ma del Refugio Durán

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Se desconoce cuál es la situación respecto a las enfermedades crónicas en la población pediátrica, aunque de acuerdo al Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI, 1996), la diabetes mellitus tipo 1, ocupa el 18avo. lugar de mortalidad en esta población.

La mayoría de los niños con padecimientos crónicos como la diabetes mellitus tipo 1, sufren problemas de naturaleza física, mental y social, lo que implica una considerable demanda de cuidados maternos y de los servicios de salud, sobre todo cuando se trata de disminuir o prevenir incapacidades, lesiones y limitaciones (Yoos, 1987). Sin embargo los avances científicos y tecnológicos han contribuido de manera importante en los aspectos de salud, de tal manera que en personas con padecimientos crónicos, como es el caso de la diabetes mellitus tipo 1, la esperanza de vida cada vez aumenta, si el problema aparece en la niñez es posible que el niño llegue a la vida adulta (Jackson & Vessey, 1992). Debido a estos avances el cuidado en niños con enfermedad crónica debe enfocarse a eliminar, controlar o mitigar los efectos de los síntomas por problemas o derivados de pérdida de salud, que impide la integridad vital y funcional del individuo, especialmente en etapas críticas y finales de la enfermedad (Dennis, 1997).

La diabetes mellitus tipo 1, puede iniciar en cualquier edad, inclusive se puede presentar en el recién nacido y lactante, aumenta con la edad y alcanza su punto máximo en la adolescencia (Pérez-Comas, 1994). Durante la adolescencia la diabetes es notoriamente difícil de controlar, debido a los cambios biológicos de la pubertad, psicológicos, conductuales y cognoscitivos que conducen a la realización de la independencia de los padres y a la definición de la identidad del individuo, aunado a lo anterior la necesidad constante de la administración de la insulina y monitoreo de la glucosa sanguínea, magnifica los conflictos con si mismo, familia y sociedad (Philoteou, 1997).

Es conocido que una de las responsabilidades fundamentales de la madre es el cuidado de los hijos, especialmente y de manera particular cuando se encuentran enfermos, ya que cultural y socialmente este papel se le ha asignado a ella (Cluff, 1981). Las acciones de autocuidado/cuidado dependiente deben ser llevadas para satisfacer las necesidades de autocuidado, universales, de desarrollo y por desviación de la salud Orem (1997) en el caso de los niños con diabetes mellitus tipo 1, por lo general las acciones de autocuidado son llevados a cabo por la madre, aunque estos no siempre se realizan de manera satisfactoria, debido a la falta de información adecuada para llevarlos a cabo (Spezia, 1996). Enfermería puede intervenir en la enseñanza de la madre para llevar a cabo las acciones de cuidado del niño de manera adecuada.

El propósito del presente estudio fue contar con explicaciones respecto a las relaciones entre los factores condicionantes básicos de la madre y del niño de 7 a 17 años que padecen diabetes mellitus tipo 1, con las acciones de

autocuidado/cuidado dependiente. Para llevar a cabo esta investigación, se trabajó con dos conceptos de la teoría general del déficit de autocuidado (TGDAC). 1) factores condicionantes básicos: edad, sexo, estado de salud, orientación sociocultural, sistema familiar y disponibilidad de recursos; 2) acciones de autocuidado/cuidado dependiente derivados de los requisitos universales, de desarrollo y por desviación de la salud (Orem, 1995). El estudio fue descriptivo explicativo y comparativo (Polit, 1997).

1.1 Planteamiento del Problema

De acuerdo a la meta "Salud para todos" aceptado por los países miembros de la asamblea de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1997), se determinó que se ofreciera de manera efectiva y aceptable el cuidado a grupos vulnerables, donde se encuentra la población pediátrica, la que en la mayoría de los casos queda bajo la responsabilidad de la madre, especialmente cuando tiene un desequilibrio en su estado de salud y mayormente si son problemas crónicos degenerativos como la diabetes mellitus tipo 1, que es la enfermedad endocrina más frecuente en la niñez (Bezold, Frenk y McCarty, 1998).

La diabetes mellitus se ha convertido en uno de los problemas de salud pública en el continente americano; debido a la frecuencia creciente de la enfermedad y sus repercusiones tanto médicas, sociales y económicas (Dickson, 1997). Según estadísticas oficiales, está causando alrededor de 85,000 muertes anuales en América Latina, de las cuales 33,000 se presentan en México. La incidencia de la diabetes tipo 1, es de 1.5 por 100, 000 habitantes y el 50 por ciento de estos tienen su inicio antes de los 20 años de edad (González, 1998). La diabetes mellitus tipo 1, puede comenzar en cualquier

edad y es poco frecuente en el recién nacido y lactante, aumenta la probabilidad con el incremento de la edad y alcanza su punto máximo en la adolescencia, donde se produce una resistencia insulínica, transitoria hasta que termina la pubertad, secundaria a las hormonas del desarrollo y al incremento de la hormona del crecimiento. En el recién nacido puede existir en forma transitoria, de manera que una vez resuelto el problema no vuelve a aparecer en la vida del paciente (Pérez-Comas, 1994).

Debido al avance de la tecnología y la medicina los niños con problemas crónicos llegan a vivir hasta la vida adulta, lo que para la población pediátrica que la padece y sus padres representa un desafío, debido a que el niño debe de aprender a vivir con la enfermedad, mientras la madre con sus cuidados puede actuar como modelo para que el niño asuma la responsabilidad de su propio cuidado en la vida adulta (Waechter, Phillips y Holaday, 1993).

La conducta de los padres ante el padecimiento de su hijo, parece ser consecuencia de una serie de factores que influyen en mayor o menor grado en la aceptación de la enfermedad crónica y los cambios en los estilos de vida familiar. La madre al cuidar de su hijo influye directamente en la situación de salud del niño al ser la responsable de él, convirtiéndose en la principal receptora de intervenciones del personal de salud en cuanto a educación y asesoría sobre el control de la diabetes en el niño (Spezia, 1996).

La teoría de autocuidado/cuidado dependiente de (Orem, 1995) plantea que mientras más pequeño es el niño tiende a ser más dependiente para la satisfacción de los requisitos universales, de desarrollo y por desviación de la salud. Los cuidados dependientes generalmente son realizados por la madre y

para que estos los pueda llevar a cabo, necesita de educación que le permita hacer juicios en la toma de decisiones, para desempeñar acciones benéficas en el niño, a estas acciones la teorista les denomina cuidado dependiente. De las acciones de autocuidado/cuidado dependiente que brinde la madre, dependerá el estado de salud de su niño; de igual manera el cuidado materno esta influenciado por la edad, escolaridad, patrones culturales, estado de salud, disponibilidad de recursos y patrones familiares de la madre, a todo lo anterior la teorista denomina factores condicionantes básicos (Orem, 1995).

De los estudios analizados que utilizaron como marco la teoría del déficit de autocuidado de Orem, y que se llevaron a cabo en población pediátrica diabética, se pudo determinar que la edad del niño, el sexo, edad de la madre, escolaridad e ingreso económico, se relacionaron con las acciones de autocuidado/cuidado dependiente, requisitos universales y por desviación de la salud (Frey & Denyes, 1989; Frey y Fox, 1990; Gaffney & Moore, 1989 y Moore, 1993), en un estudio realizado por Pérez (1997) se identificó que la edad y escolaridad de la madre, influyen en las actividades de autocuidado/cuidado dependiente que esta realiza, así mismo en un estudio realizado en adolescentes embarazadas por Guevera (1997) arrojó que los factores condicionantes básicos, sistema familiar, orientación sociocultural y disponibilidad de recursos fueron predictores de las acciones de autocuidado.

En la actualidad cada institución de salud lleva a cabo sus propios protocolos de atención, que van de acuerdo a las necesidades de la misma y de la población que atiende. El Hospital Universitario cuenta con un centro de educación en diabetes, donde atiende a población con bajos recursos. Al ingreso al programa, se informa a los padres y al niño a cerca de las

actividades que se llevan a cabo, posteriormente este es presentado con los integrantes del grupo ya existente, luego se les proporciona un manual que contiene información de la diabetes, referente a: dieta, ejercicio y monitoreo de la glucosa. Después de la primera visita, la institución se encarga de buscar un padrino (laboratorio) al nuevo integrante para adquirir un glucometro. El personal de enfermería es el encargado de impartir platicas relacionadas con la dieta, el ejercicio, el automonitoreo de la glucosa y la autoaplicación de la insulina. Se cita a los niños cada día lunes de fin de mes, para llevar un control de su padecimiento, donde reciben consulta medica, se les pesa, mide y se realiza el monitoreo de la glucosa, ese mismo día se les estimula a los niños con regalos que los laboratorios donan a la institución.

El Hospital de Especialidades N° 25 del I.M.S.S, es donde las otras instituciones del mismo instituto canalizan a todos los niños con padecimiento de diabetes mellitus tipo 1, derechohabiente del I.M.S.S, y se lleva a cabo el control de estos pacientes, el personal de enfermería es el encargado de proporcionar a los padres de los niños información con respecto a la dieta, el ejercicio y el monitoreo de la glucosa y les proporciona tripticos relacionados con el padecimiento. En esta institución se llevan acabo las consultas médicas cada lunes y martes de inicio del mes; además de asistir en situaciones como la dotación de insulina o complicaciones derivadas de falta de control de la enfermedad. A pesar de que existen otros programas se desconoce de información documentada respecto al efecto de los mismos en el control del padecimiento en las poblaciones que se atienden. De importancia primordial en el presente estudio es conocer si existen diferencias entre las formas de atención en ambas instituciones en donde de acuerdo a lo descrito existan algunas diferencias en la atención.

Con fundamento en los hechos antes mencionados, en la teoría de Orem y en la revisión de la literatura se plantean las siguientes preguntas de investigación.

¿ Qué relación existe entre las acciones de autocuidado de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 y el cuidado dependiente materno con las cifras de hemoglobina glucosilada?

¿De que manera la diferencia en los protocolos de atención por institución influye en el autocuidado/cuidado dependiente de la población de estudio?

1.2 Hipótesis

Las hipótesis planteadas para la presente investigación son las siguientes:

- Hi1** Los factores condicionantes básicos maternos: edad, escolaridad, religión, ocupación, experiencia previa de cuidado, percepción del estado de salud del niño, número de miembros de la familia, apoyo familiar, ingreso económico, percepción de la atención que brinda la institución a la que acude y servicios de salud, afectan las acciones que realiza para satisfacer los requisitos universales del niño de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1.

- Hi2** Los factores condicionantes básicos maternos: edad, escolaridad, religión, ocupación, experiencia previa de cuidado, percepción del estado de salud del niño, número de miembros de la familia, apoyo

familiar, ingreso económico, percepción de la atención que brinda la institución a la que acude y servicios de salud, afectan las acciones que realiza para satisfacer los requisitos de desarrollo del niño de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1.

- Hi3** Los factores condicionantes básicos maternos: edad, escolaridad, religión, ocupación, experiencia previa de cuidado, percepción del estado de salud del niño, número de miembros de la familia, apoyo familiar, ingreso económico, percepción de la atención que brinda la institución a la que acude y servicios de salud, afectan las acciones que realiza para satisfacer requisitos por desviación de la salud del niño de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1.
- Hi4** Los factores condicionantes básicos del niño: edad, sexo, escolaridad, estado de salud (número de hospitalizaciones en los últimos seis meses y hemoglobina glucosilada) afectan las acciones de autocuidado de los niños de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1.
- Hi5** El cuidado materno como agencia de cuidado dependiente se relaciona con las acciones de autocuidado del niño con diabetes mellitus tipo 1.

1.3 Objetivos

- 1. Buscar una mejor comprensión de las variables edad, sexo, estado de salud, orientación sociocultural, sistema familiar y disponibilidad de recursos que influyen en el autocuidado y cuidado dependiente en la población pediátrica con diabetes mellitus tipo 1.**
- 2. Determinar la consistencia interna de los instrumentos acciones de cuidado dependiente (DCA) y acciones de autocuidado en niños y adolescentes (AACPP).**

1.4 Importancia del Estudio

La contribución más importante del estudio radica en: 1) que se pudo someter a prueba los conceptos seleccionados de Orem como: factores condicionantes básicos que poco contribuyeron al autocuidado y cuidado dependiente, 2) se corroboró que el cuidado dependiente materno afecta las acciones de autocuidado del niño con diabetes mellitus tipo 1, por lo que estos resultados servirán de apoyo a la implementación de programas y estudios enfocados a incrementar el conocimiento materno y el autocuidado en los niños, para el logro de un adecuado control de la enfermedad, lo que beneficiará a esta población y 3) se probaron los instrumentos acciones de cuidado dependiente (DCA) y acciones de autocuidado en niños y adolescentes (AACPP), en población mexicana con un problema crónico de gran relevancia en los tiempos actuales como lo es la diabetes mellitus tipo 1 y este conocimiento puede ser utilizado como punto de partida de futuras investigaciones e intervenciones de enfermería, debido a que en la actualidad

son escasos los estudios respecto al autocuidado y cuidado dependiente en población pediátrica con diabetes y más específica en población mexicana.

1.5 Limitaciones del Estudio

Se identificaron dos limitaciones en la presente investigación, Primero, el diseño de una sola medición, se considera relativamente débil para estudiar un fenómeno que posiblemente puede ser medido y tener mejores aproximaciones con un estudio longitudinal y observacional y/o cualitativo por las características del padecimiento. La segunda limitación fue referente a la selección de las instituciones, ya que se eligieron por conveniencia del investigador de acuerdo a la cantidad de pacientes pediátricos de 7 a 17 años con padecimiento de diabetes mellitus tipo 1, que se atendían en ellas, situación que limita las generalizaciones de los resultados.

1.6 Definición de Términos

Los términos que se consideraron para la presente investigación se derivan de la TGDA (ver Apéndice A).

- **Población Pediátrica.-** Son aquellos niños y adolescentes en el rango de edad de 7 a 17 años.
- **Acciones de autocuidado.-** Son todas las actividades que los niños realizan en su propio beneficio para satisfacer los requisitos de autocuidado.

- **Cuidado Dependiente.-** Son todas las acciones que la madre realiza en beneficio de su hijo con diabetes mellitus tipo 1, para satisfacer los requisitos de autocuidado.
 - ◆ **Requisitos de Autocuidado.-** Constituyen la razón por la cual se llevan a cabo las acciones de autocuidado, incluidas las necesidades básicas de desarrollo y del control de la enfermedad.
 - ❖ **Requisitos Universales.-** Son todas las necesidades que requieren ser satisfechas para promover, fomentar la salud y bienestar, en la persona enferma, apoyan el mantenimiento físico y evitan algunas complicaciones. En el caso del niño de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1 cobran importancia los requisitos de aporte suficiente de agua, alimentos, eliminación urinaria y excrementos, equilibrio entre actividad y reposo y de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar.
 - ❖ **Requisitos de Desarrollo.-** Son las necesidades presentes durante el crecimiento y desarrollo del niño de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1. Se consideró para este trabajo las etapas de desarrollo de la infancia y adolescencia.
 - ❖ **Requisitos por Desviación de la Salud.-** Son los requisitos que deben ser promovidos o satisfechos, para ayudar en el mantenimiento o control de la diabetes en el niño de 7 a 17 años.

- **Factores Condicionantes Básicos.-** Son los factores que afectan directamente las acciones de cuidado dependiente en la población pediátrica de 7 a 17 años con diabetes, dentro de los que se incluyen: edad, sexo, estado de salud, orientación sociocultural, sistema familiar y disponibilidad de recursos. De los cuales se tomaron en cuenta para el niño: edad, sexo, escolaridad y estado de salud y para la madre: edad, orientación sociocultural, sistema familiar y disponibilidad de recursos.
 - **Estado de Salud del niño de 7 a 17 años con diabetes.-** Es la condición de salud del niño con diabetes mellitus tipo 1, reflejado por: cifras de última hemoglobina glucosilada (correspondiente al último mes y el resultado del examen tomado durante la aplicación de los instrumentos), número de hospitalizaciones en los últimos seis meses debido a la diabetes o por complicaciones de la misma y percepción de la madre respecto al estado de salud del niño.
 - **Orientación Sociocultural:** Son los factores del entorno social que afectan a la madre y al niño, para satisfacer los requisitos de autocuidado/cuidado dependiente y está constituida por la religión, educación y experiencias previas de cuidado.
 - **Sistema Familiar.-** Son aquellas situaciones que se generan en el seno de la familia y afectan la realización de las acciones de autocuidado/cuidado dependiente de los niños de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1 y se refiere al número de miembros de la familia, ocupación y apoyo familiar.

- **Disponibilidad y Adecuación de Recursos.-** Son todos aquellos recursos con los que cuenta la madre para el cuidado del niño con diabetes mellitus tipo 1 y se refiere al ingreso económico y percepción de la atención que proporciona la institución de salud a la que acuden.

- **Protocolos de Atención.-** Son todas las acciones que en las instituciones se llevan a cabo por el equipo de salud enfocadas al control y manejo de la diabetes de los niños y adolescentes, esto incluye el apoyo a la madre para el mejor cuidado de su hijo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La presente investigación tiene como sustento la Teoría General del Déficit de Autocuidado (TGDAC) de D. Orem, 1995. El orden del contenido se organizó en tres apartados: el primero explica la teoría general del déficit de autocuidado (TGDAC), el segundo los conceptos seleccionados de la teoría del déficit de autocuidado y en el tercer apartado los estudios relacionados.

2.1 Teoría General del Déficit de Autocuidado/Cuidado Dependiente

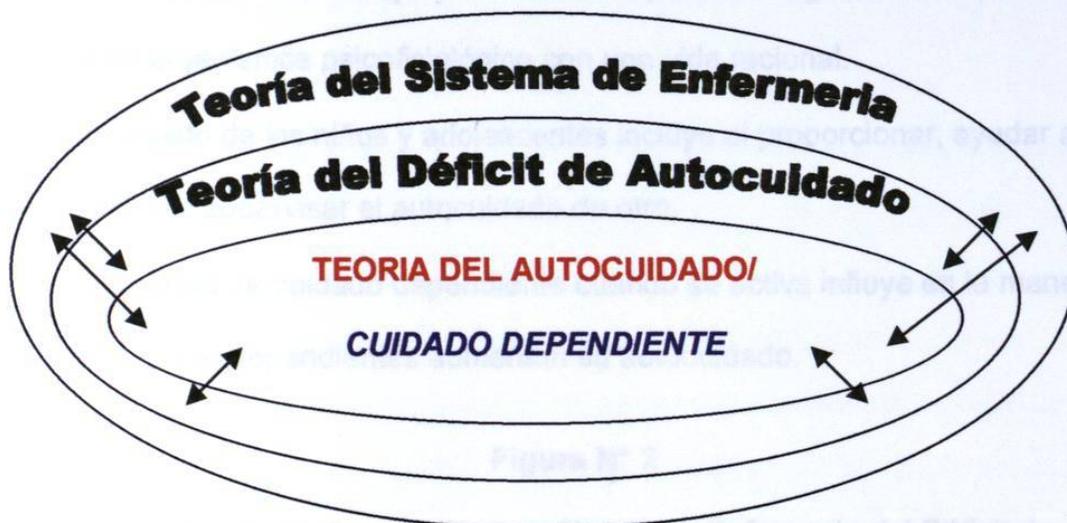
La teoría general de enfermería del déficit de autocuidado (Orem, 1995), está constituida por tres teorías: teoría de autocuidado/cuidado dependiente, teoría del déficit de autocuidado y teoría de sistemas de enfermería, el común de las tres es el autocuidado, que en el caso de la población pediátrica sería cuidado dependiente materno. (Ver Fig. 1).

La Teoría General del Déficit de Autocuidado (TGDAC), esta compuesta por cinco conceptos centrales interrelacionados que son: 1) Acciones de autocuidado/cuidado dependiente, 2) Capacidades de autocuidado, 3) Demanda de cuidado terapéutico, 4) Déficit de autocuidado y 5) Agencia de

enfermería y un concepto periférico denominado factores condicionantes básicos (Orem, 1995).

Figura N°1

Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TGDAC).



Dennis (1997)

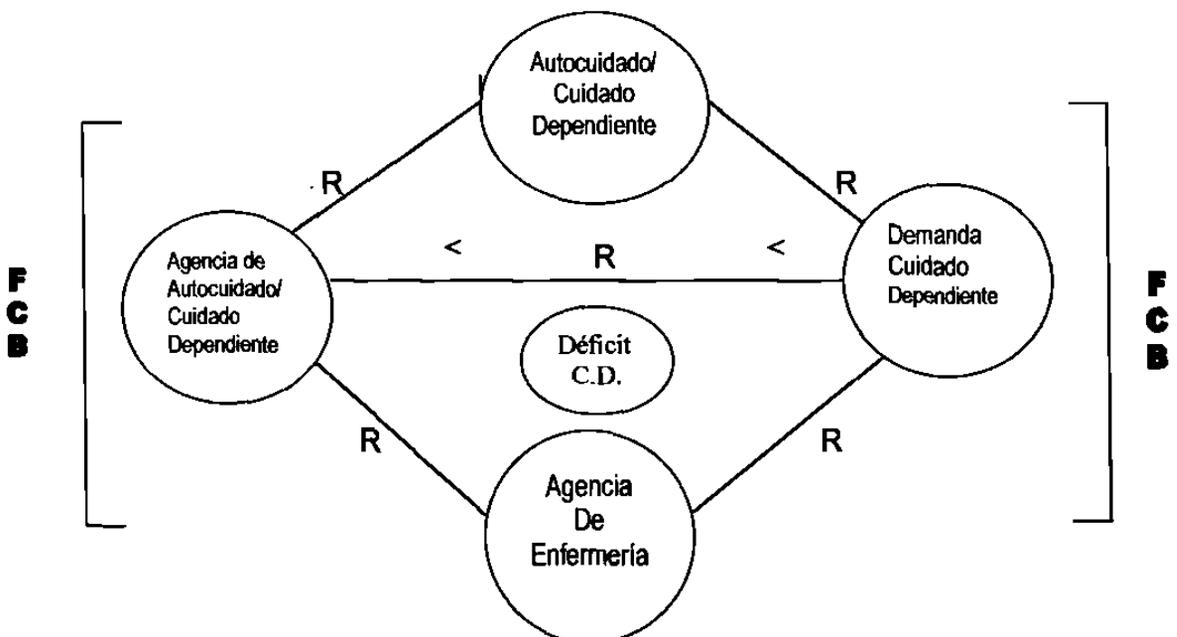
La TGDAC, explica que existe una relación directa entre las capacidades de autocuidado/cuidado dependiente (CCD) y las acciones de cuidado dependiente (ACD); las CCD, son un requisito para que la persona pueda realizar acciones de cuidado dependiente, estas acciones están dirigidas a satisfacer las demandas de cuidado terapéutico, cuando las CCD, son menores que las demandas de cuidado terapéutico, entonces se produce el déficit de autocuidado/cuidado dependiente y para superar este déficit se requerirá de la intervención de la agencia de enfermería (Ver Fig.2).

Para fundamentar las hipótesis, se considera la siguiente proposición específica en la teoría.

- Las habilidades de los individuos para ocuparse del cuidado dependiente, están condicionadas por la edad, etapa de desarrollo, experiencia vital, orientación sociocultural, estado de salud y recursos disponibles.
- El autocuidado contribuye y es necesario para la integridad de la persona como organismos psicofisiológico con una vida racional.
- El cuidado de los niños y adolescentes incluye el proporcionar, ayudar a realizar o supervisar el autocuidado de otro.
- La agencia de cuidado dependiente cuando se activa influye en la manera en que sus dependientes aumentan su autocuidado.

Figura N° 2

Interrelación de Conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado/Cuidado Dependiente



Modelo Orem (1995).

Para explicar el fenómeno de estudio de la presente investigación, se han seleccionado dos conceptos de la teoría: uno central denominado acciones de autocuidado/cuidado dependiente y el concepto periférico factores condicionantes básicos (Ver Fig. 3).

2.2 Conceptos Seleccionados de la Teoría del Déficit de Autocuidado

Autocuidado.- Son actividades aprendidas por los individuos para realizar acciones para su propio beneficio, para mantener la vida, la salud y el bienestar. Estas acciones son debidas a la conducta y comportamiento de los seres humanos y están presentes en situaciones de la vida diaria, dirigidas por las personas hacia si mismos y su entorno; con la finalidad de satisfacer los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y por desviación de la salud. Las prácticas de autocuidado son determinadas por la cultura del grupo al que pertenece la persona y son acciones que contribuyen a la integridad de la estructura, funcionamiento y al desarrollo de las personas (Orem, 1995).

Cuidado dependiente.- Es la práctica de acciones que un individuo inicia y desarrolla continuamente para apoyo de otro (dependiente), que por razones de estado de salud o desarrollo este último no puede llevar a cabo algunas o todas las acciones requeridas de autocuidado (Orem, 1995). El cuidado dependiente está dirigido a satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de una persona dependiente, ésta atención consiste en actividades que tiene lugar dentro de una relación interpersonal entre dos personas, una ejecuta las actividades por las cuales la otra es dependiente y se caracteriza porque ésta continua mientras exista la dependencia; e involucra respeto y fomento de las

acciones de la persona bajo atención, esta es ejecutada para prevenir, curar y rehabilitar o para enfrentar los efectos de una enfermedad o discapacidad.

Las acciones de autocuidado/cuidado dependiente cuando son realizadas de manera efectiva tienen un efecto positivo en la vida, salud, bienestar, funcionamiento y desarrollo de la persona que depende del cuidador. Orem (1995), afirma que las personas tienen la capacidad de cuidarse así mismas de manera intencionada, sin embargo en el caso particular de la población pediátrica se considera a la madre como agencia de cuidado dependiente, quién lleva a cabo una serie de actividades para satisfacer o promover los requisitos de autocuidado universales, que son comunes para todos los seres humanos, durante todas las etapas del ciclo de vida pediátrica y se ajustan a la edad, estado de desarrollo y medio ambiente entre otros; de desarrollo que están asociados con los procesos de desarrollo humano, condiciones y eventos propios de la vida, y por desviación de la salud, que están asociados con defectos genéticos y de constitución, así como con las desviaciones de la estructura humana funcional y medidas de diagnóstico médico y medidas de tratamiento.

De los tres tipos de requisitos de autocuidado se tomaron para la presente investigación: universales (aporte suficiente de agua, alimentos, eliminación urinaria y excrementos y equilibrio entre la actividad y descanso), de desarrollo (etapas de desarrollo de la infancia y adolescencia) y por desviación de la salud (buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos y biológicos, tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, prestar atención y regular los efectos de las medidas de cuidado prescritas por el médico que producen malestar y deterioro y aprender a vivir con los efectos de las condiciones y

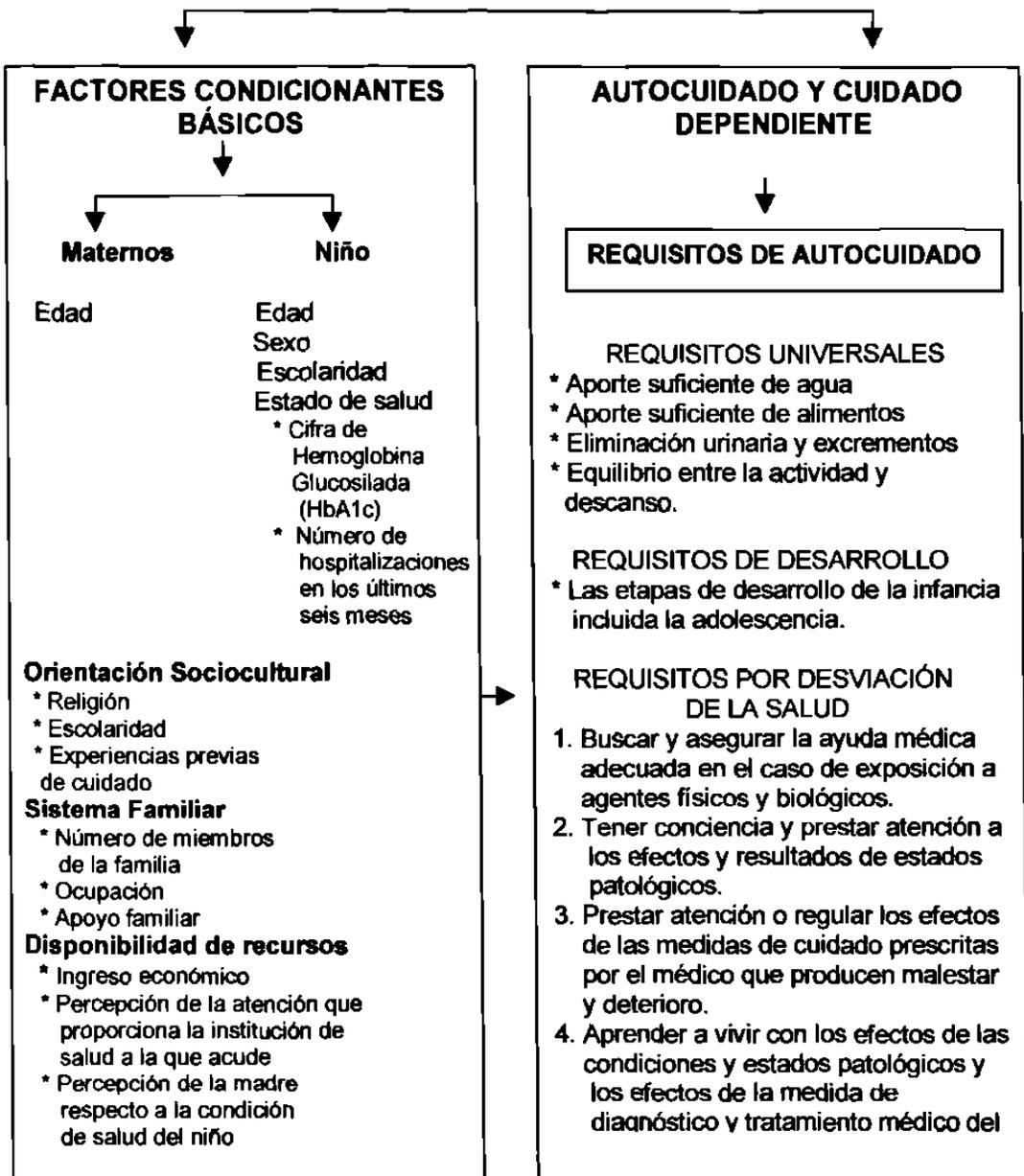
estados patológicos y los efectos de la medida de diagnóstico y tratamiento médico del niño).

Los factores condicionantes básicos.- Son factores internos y externos a los individuos que afectan la cantidad de acciones de autocuidado/cuidado dependiente requeridas, se denomina factores condicionantes básicos y pueden ser clasificados en tres categorías: 1) factores descriptivos de los individuos que incluyen: edad, sexo, estado civil, estado de desarrollo y los factores del sistema de atención de la salud, 2) factores de las unidades sociales que incluyen: la cultura, factores del sistema familiar y los factores socioculturales y 3) factores ambientales y recursos disponibles que afectan a las personas como individuos y como miembros de las unidades sociales (Orem, 1995). De acuerdo a los planteamientos teóricos se afirma que la edad, sexo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar (FCB), tienen una relación directa con las acciones de cuidado dependiente (ACD).

Consideradas estas tres categorías, se tomaron algunas que se incluyen en la primera categoría que son: edad, sexo, estado de salud, de la segunda categoría orientación sociocultural (religión, escolaridad, experiencias previas de cuidado), sistema familiar (número de miembros en la familia, ocupación, apoyo familiar) y de la tercer categoría disponibilidad de recursos (ingreso económico y percepción de la atención que proporciona la institución de salud a la que acuden).

Figura N° 3

Conceptos de la teoría del déficit de autocuidado que se seleccionaron para la presente investigación (Orem, 1995)



Alamilla y Durán, 1999

2.3 Revisión de Literatura

Para este estudio se encontraron diez estudios relacionados con el problema de investigación. De los diez estudios, cinco están enfocados en la teoría del déficit de autocuidado, en madres de niños menores de 18 años con diabetes mellitus tipo 1, uno con cáncer, uno relacionado con el estado de salud del niño en edad preescolar, otro con adolescentes embarazadas, otro con el cuidado materno y el desarrollo del niño de 1 mes a 3 años de edad y dos estudios realizados en población pediátrica pero con otras perspectivas teóricas.

A continuación se resumen los hallazgos importantes

Frey & Denyes (1989) al realizar un estudio en adolescentes de 11 a 19 años, para explicar los requisitos universales y por desviación de la salud, y su relación entre estos, con los factores condicionantes básicos, encontraron una relación moderadamente fuerte y positiva entre los requisitos universales y por desviación de la salud $r=.62$, $p<.001$ y entre los requisitos universales y edad, fue negativa $r=-.38$, $p=.02$ y requisitos universales y síntomas de salud $r=.47$, $p=.004$.

En un estudio efectuado por Frey & Fox (1990), con 37 jóvenes de 11 a 19 años, con el propósito de investigar la naturaleza de los requisitos de autocuidado (por desviación de la salud), en jóvenes con diabetes tipo 1 y su relación con el control metabólico, percepción del estado de salud y los requisitos de autocuidado universales. Los resultados mostraron que el autocuidado en la diabetes llevados a cabo para satisfacer los requisitos por

desviación de la salud, se relacionaron significativa pero negativamente con el control metabólico $r=-.46$, $p=.009$ y con percepción del estado de salud, también reportaron buen autocuidado en los requisitos universales $r=.62$, $p<.001$, edad y sexo no se asociaron, aunque los jóvenes más pequeños mostraron alto nivel de autocuidado en los requisitos universales $r=.38$, $p=.002$.

Para conocer la relación entre el desempeño del agente de cuidado dependiente y los factores condicionantes básicos Gaffney & Moore (1989) realizaron un estudio con 380 madres y sus hijos de 1 a 16 años de edad. Los resultados fueron los siguientes: los factores condicionantes básicos influyeron en el desempeño del agente de cuidado dependiente con una $R^2=.13$, $p<.001$, los FCB, edad del niño y grupo étnico fueron significativos con el desempeño materno $F_{calc}=6.74$, $p=.010$ y $F_{calc}=2.69$, $p=.031$. No se encontró significancia entre los FCB representados por la edad de la madre, estado civil, posición socioeconómica, empleo materno, género del niño, orden de nacimiento, número de miembros en la familia, problemas de salud del niño y acciones de cuidado dependiente de la madre.

Guevara (1997) realizó un estudio con 102 adolescentes embarazadas de 13 a 19 años de edad, con una media de 16, con el propósito de identificar que factores condicionantes básicos sistema familiar, orientación sociocultural y disponibilidad de recursos, se relacionaban con las capacidades y acciones de autocuidado de las embarazadas. Los resultados fueron los siguientes: Los factores condicionantes básicos seleccionados fueron predictores de las acciones de autocuidado $F_{calc}=2.66$, $p=.052$, $R^2=7.54$. El factor sistema familiar tuvo efecto positivo y significativo sobre la predicción de las acciones de las actividades de las adolescentes $t=2.22$, $p=.028$, el factor orientación

sociocultural y las acciones de autocuidado presentaron correlación negativa con los factores del sistema familiar $r_s = -.183$, los factores condicionantes básicos, sistema familiar, orientación sociocultural y disponibilidad de recursos a través del modelo de regresión lineal múltiple mostró significancia $F_{\text{calc}} = 2.765$ $p = .052$, con una $R^2 = 7.54$ por ciento.

En un estudio realizado por Moore (1993) con 414 niños de 9 a 18 años, la media de edad fue 13.7 y sus respectivas madres, encontró que los factores condicionantes básicos: edad, género del niño, estado socioeconómico y estado de salud de la madre, al correlacionarlos todos juntos con las acciones de cuidado materno, reportaron $r = .42$, $p = .001$, aunque solos no mostraron significancia, también se encontró relación entre agencia de autocuidado materno y acciones de autocuidado $r = .60$, $p = .001$.

Con el propósito de examinar las relaciones entre el término de autoconcepto y las acciones de autocuidado, cuidado dependiente y los factores condicionantes básicos Mosher & Moore (1997) con 74 madres y sus hijos de 9 a 18 años con cáncer. Los resultados fueron los siguientes: se encontró significancia positiva entre autoconcepto y acciones de autocuidado $r = .233$, $p = .046$ y la práctica de cuidado dependiente $r = .228$, $p = .05$. Se realizó una regresión múltiple entre edad, sexo y estado socioeconómico, encontrándose la edad como un predictor significativo $F_{\text{calc}} = 4.96$, $p = .030$.

Pérez (1997) realizó un estudio con 138 madres y sus hijos en edad escolar, con el propósito de conocer la influencia entre los factores condicionantes básicos (edad de la madre, escolaridad, ingreso económico y miembros de la familia) y acciones de cuidado dependiente y determinar en que

medida los factores condicionantes básicos y las acciones de cuidado dependiente juntos se relacionan, con el estado de salud del niño. Los resultados fueron los siguientes: se encontró correlación significativa entre el factor cultural y las actividades de cuidado dependiente $r=.68$, $p=.001$, escolaridad e ingreso económico $r=.22$, $p=.009$, habilidades para adquirir conocimientos y actividades de cuidado dependiente $r=.26$, $p=.002$, se encontró significancia entre escolaridad con una media de 6.62 años y actividades de cuidado dependiente $F_{calc}=54.46$, $p=.001$, la edad de la madre e ingreso económico $F_{calc}=3.45$, $p=.018$.

En un estudio realizado por Vázquez (1999) con el propósito de conocer en las madres que hacían, como lo hacían (Acciones de Cuidado Materno) y bajo que circunstancias (Factores Condicionantes Básicos) y encontrar la relación existente entre dichas actuaciones maternas y el desarrollo de su hijo. Los hallazgos fueron los siguientes: se encontró relación positiva y significativa entre la edad del niño y las acciones de cuidado dependiente $r=.143$, $p=.021$, así mismo encontró efecto en acciones de cuidado dependiente con escolaridad $X^2= 16.99$, $p=.001$, ocupación $X^2= .254$, $p= .003$ y estado de salud del niño $X^2= 13.98$, $p= .003$.

2.3.1 Estudios periféricos

Con el propósito de determinar cuales aspectos del control de la diabetes son percibidas por las madres como más problemáticas y explorar la edad, sexo del niño, edad de diagnóstico duración de la enfermedad, estado civil y estado socioeconómico de la madre Robinson, Shandor y Carter (1983), realizaron un estudio con 84 madres de 19 a 52 años y sus respectivos hijos de 1 a 17 años

de edad. Los hallazgos del estudio mostraron que las madres identificaron tres aspectos como los más problemáticos: el futuro del niño, la hipoglicemia y el control de la diabetes. Al utilizar el coeficiente de correlación de Pearson, se encontró significancia entre edad e hipoglicemia $r=-.48$, $p<.001$, edad y apoyo familiar $r=-.33$, $p<.002$, el nivel socioeconómico fue significativo con ingresos $r=.40$, $p<.002$ y apoyo familiar $r=.32$, $p=.003$, se encontró correlación negativa entre edad de diagnóstico e hipoglicemia $r=-.36$, $p<.007$.

Vandagriff, Marrero, Ingersol y Fineberg (1992) efectuaron un estudio, con 93 padres y sus hijos de 3 a 20 años, con el propósito de evaluar la cantidad de preocupación de los padres y su relación con la diabetes en el niño. Las variables independientes fueron: edad, control metabólico, duración de la enfermedad y como variables dependientes: ansiedad de los padres, preocupaciones más comunes de los padres y grado de preocupación. Los resultados mostraron relación positiva entre edad del niño y duración de la enfermedad $r=.40$, $p=.002$, estado de salud del niño y preocupaciones de los padres $r=.37$, $p=.001$, impacto de la enfermedad y los estilos de vida de los padres $r=.80$, $p=.001$, preocupaciones de los padres con duración de la enfermedad $r=.89$, $p=.001$, e impacto de la enfermedad con preocupaciones de los padres $r=.63$, $p=.001$.

De los estudios que utilizaron la teoría del déficit de autocuidado con población pediátrica diabética, realizados por Frey & Denyes (1989) y Frey & Fox (1990) se concluye que existe relación positiva entre los requisitos universales, y requisitos por desviación de la salud, edad y requisitos universales, edad del niño y acciones de cuidado dependiente. Gaffney & Moore (1989) y Moore (1993), encontraron que los factores condicionantes

básicos (edad de la madre, nivel socioeconómico y estado de salud del niño) juntos fueron significativos pero solos no, también se halló relación entre la agencia de cuidado dependiente y las acciones de cuidado dependiente.

Un estudio realizado con la teoría del déficit de autocuidado en población pediátrica con cáncer realizado Mosher y Moore (1997) encontraron que existe relación positiva entre prácticas de autocuidado y acciones de cuidado dependiente, así como la edad del niño como un predictor significativo.

Pérez (1997), Guevara (1997) y Vázquez (1999) encontraron relación entre edad, escolaridad, ocupación, ingreso económico y estado de salud del niño con acciones de cuidado dependiente.

De los estudios con pacientes diabéticos que utilizaron otros modelos teóricos Robinson, Shander y Carter (1983), encontraron relación entre la edad del niño y la hipoglicemia, edad y apoyo que recibe la madre, también se encontró significancia negativa entre edad de diagnóstico e hipoglicemia. Vandagriff, Marrero, Ingersoll y Fineberg (1992) encontraron relación entre edad y duración de la enfermedad, estado de salud del niño y preocupación de los padres, impacto de la enfermedad y estilos de vida de los padres, impacto con preocupación.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño del Estudio

El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo explicativo y comparativo (Polit, 1997), descriptivo explicativo porque se conoció ^{con} y explicó las relaciones entre las variables del estudio, y fue comparativo debido a que se consideró la diferencia en los protocolos de atención de cada una de las instituciones seleccionadas.

3.2 Universo, Sujetos y Muestra

El total de la población sujeta a estudio estuvo constituido por 127 niños y sus madres que asisten para su atención a dos instituciones de salud (Hospital Universitario y Hospital de especialidades N° 25 del IMSS). Los sujetos de estudio fueron ubicados dentro de la población pediátrica con un rango de edad de 7 a 17 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 y sus respectivas madres. Para la selección de la muestra se realizó un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional, en función al total de pacientes atendidos en cada una de las instituciones seleccionadas, quedando de la siguiente manera n= 127 madres con sus respectivos hijos, 121 del IMSS y 26 del

Hospital Universitario. Se trabajó con un nivel de confianza de .95 y un error de estimación de .05, cuando el parámetro a estimarse es una proporción.

3.3 Criterios de Inclusión

- Madres cuyos hijos tuvieran entre 7 y 17 años y padecen diabetes mellitus tipo 1.
- Que acudieran a control ambulatorio de sus hijos en las instituciones seleccionadas.
- Que vivieran en el área metropolitana de Monterrey N.L.
- En el caso de las madres que tuvieran más de un hijo con diabetes mellitus tipo 1, en el rango de edad de 7 a 17 años, únicamente se tomará a uno.

3.4 Criterios de Exclusión

- Madres cuyos hijos tuvieran menos de 7 años y más de 17.
- Tutor que no sea la madre.
- Que no asistieran a la cita de su hijo en día señalado.
- Que no tuvieran enfermedades agregadas.
- Que no vivan en el área metropolitana de Monterrey N.L.
- Que al momento de la entrevista tuvieran otros problemas de salud prioritarios.

3.5 Instrumentos

Las variables del estudio se midieron a través de tres instrumentos, los cuales se describen a continuación (ver Apéndice B).

1. ~~Cuestionario de datos demográficos~~: El cual consta de 15 reactivos, de los cuales 5 están relacionados al niño: edad, sexo, escolaridad, resultados de hemoglobina glucosilada y número de hospitalizaciones en los últimos seis meses por la diabetes

o complicaciones de la misma y 10 reactivos corresponden a la madre: edad, religión, escolaridad, número de miembros de la familia, ocupación, ingreso económico, apoyo familiar, percepción del estado de salud del niño, servicios de salud con que cuenta y percepción de la atención que brinda la institución a la que acuden. Estos datos en el contexto de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem, se consideran Factores Condicionantes Básicos.

2. Instrumento de Agencia de Cuidado Dependiente (DCA), diseñado por Gaffney & Moore (1989), se ha reportado por las autoras con una confiabilidad de .84, traducido y adaptado en los reactivos (1,5,12,17,20,21,24,31 y 38) para la presente investigación, consta de 39 reactivos, en base a una escala tipo likert con cinco criterios que van de "Nunca" (1) a "Siempre" (5). El puntaje que se obtiene va de 39 a 195, donde los valores más altos significan mayores acciones de cuidado dependiente.

3. Instrumento de Acciones de Autocuidado en Niños y Adolescentes (AACPP), diseñado por Alamilla (1999), con una confiabilidad de .7351, consta de 35 reactivos, en base a una escala tipo likert con cinco criterios que van de "Nunca" (1) a "Siempre" (5). El puntaje que se obtiene va de 35 a 175, donde los valores más altos significan mayores acciones de autocuidado.

3.6 Procedimientos para la Recolección de la Información

Se solicitó autorización formal y por escrito a cada una de las instituciones de salud que participaron en el estudio para tener acceso a datos confidenciales de los pacientes atendidos (ver Apéndice C). Una vez otorgado el permiso se pidió una lista de niños de 7 a 17 años que acudían a su control de la diabetes, y de esta forma fue como

se pudo contactar por teléfono con cada uno de los niños y sus respectivas madres; a quienes se les explicó en forma muy detallada el motivo de la investigación, así como los procedimientos que se le realizarían al niño como fue la toma de una muestra de sangre para un estudio denominado "hemoglobina glucosilada", que no les implicaría costo alguno. Los sujetos (madres e hijos) quedaron con libertad de aceptar o negarse a participar en la investigación. Posteriormente se obtuvo información de los días que acudían los niños a su control, lo que facilitó la interacción para la recolección de información en mes y medio.

En el Hospital Universitario se acudió los días lunes de cada semana y el último lunes del mes. En el IMSS martes y miércoles de cada semana, así como el segundo y tercer lunes del mes. Cada una de las instituciones proporcionó un área física para la recolección de la información, así como para la toma de la muestra de sangre. Ya verificado cuantos niños acudían se procedió a la selección de los participantes por aleatoriedad, previa verificación de que cumplieron con los criterios de inclusión. Se les invitó a participar en el estudio y así mismo se les explicó el objetivo de la entrevista, y se les dio a conocer el beneficio de participar en el estudio.

Una vez que decidieron participar el investigador procedió a la aplicación de los instrumentos. Para la recolección de la información, el investigador primero le aplicó el instrumento a los niños y después a las madres, leyó cada una de las preguntas y les dio a conocer las opciones de respuesta, de las cuales el entrevistado eligió una opción y se registro en el instrumento. Una vez llenado los instrumentos el autor de la investigación explicó a cada niño el procedimiento para la obtención de una muestra de sangre para el estudio de hemoglobina glucosilada y luego procedió a la realización de la misma por medio de punción venosa con apoyo de expertos en la toma de muestras sanguíneas. En el caso de los niños que contaban o tenían resultados de hemoglobina glucosilada de un mes previo no se punsionaron, únicamente se obtuvo su resultado del expediente. La muestra fue de 3 cc aplicado a un tubo de ensayo preparado con

solución anticoagulante, se mezcló levemente y se conservó en un recipiente conservador a una temperatura de 2 a 8 grados centígrados, las muestras fueron llevadas al laboratorio el mismo día para su proceso realizado en reactivos de cartucho DCA 2000 para HbA1c, con un aparato analizador DCA 2000. Concluido el procedimiento, se cerró la entrevista, con el agradecimiento a la madre y del niño por su participación y se les informó que el resultado del análisis estaría disponible en el expediente de su hijo ya que el médico tratante lo tomará de referencia para posibles modificaciones en el tratamiento. Otras acciones que se realizaron en ambas instituciones fue la revisión de protocolos de atención para conocer si estas influían en el autocuidado y cuidado dependiente (ver Apéndice D).

3.7 Análisis de Datos

Los datos se procesaron a través del paquete computacional SPSS para Windows (paquete estadístico para las ciencias sociales) versión 8.0, donde se obtuvieron estadísticas descriptivas de cada variable (frecuencias, porcentajes, media, mediana y desviación estándar). Se elaboraron los índices, con posibles valores en el rango de 0-100 para las subescalas del instrumento acciones de cuidado dependiente y acciones de autocuidado en niños y adolescentes. La construcción del índice consistió en sumar todos los valores de las variables del instrumento, después se le restó el valor mínimo posible, posteriormente se dividió por la diferencia entre el valor máximo posible y el valor mínimo posible y por último se multiplicó por cien. En la estadística inferencial, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, el Coeficiente de Correlación de Pearson y el Análisis para el Modelo Lineal y la prueba de Tukey. Para la presentación de los datos se utilizó el Procesador de Textos Microsoft Word V7.0; así como el procesador Power Point.

3.8 Ética del Estudio

En apego a lo establecido con el capítulo 1, Artículo 13, fracción V: de la Ley General de Salud (1987) en materia de investigación, se respetó la dignidad y bienestar de los participantes, garantizando su anonimato y la libertad de retirarse en el momento deseado. Artículo 21, a los sujetos del estudio se les solicitó su participación voluntaria e informó los objetivos del estudio, así como los procedimientos a realizarse. Artículo 17, fracción II: se consideró una investigación con riesgo mínimo, para la integridad física y psicológica de los participantes, debido a que los datos se recabaron a través de la aplicación de un instrumento y se utilizaron procedimientos de enfermería, como fue la toma de una muestra de sangre (3 ml) por medio de punción venosa al niño; también se obtuvo el consentimiento informado de los padres y del niño (ver Apéndice E).

CAPITULO IV

RESULTADOS

Este capítulo se conforma de los apartados que se presentan a continuación: 1) Consistencia Interna de los Instrumentos Acciones de Cuidado Dependiente (DCA) y Acciones de Autocuidado en Niños y Adolescentes (AACPP), aplicados en la población de estudio, 2) Datos descriptivos correspondientes a Factores Condicionantes Básicos de la Madre (FCBM) y del Niño (FCBP), Acciones de Cuidado Dependiente y Acciones de Autocuidado en Niños y Adolescentes de 7 a 17 años con padecimiento de Diabetes Mellitus tipo 1 y 3) Prueba de hipótesis a través de estadísticas inferenciales: Coeficiente de Correlación de Pearson, Análisis de Varianza para el Modelo Lineal, la prueba no paramétrica de Kolmogorov Smirnov y prueba de Tukey (Polit,1997 y Daniel, 1995).

4.1 Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

Consistencia Interna del Instrumento Acciones de Cuidado Dependiente (DCA)

Escalas	Preguntas	Alpha de Cronbach
Escala Total	1- 39	.9134
Subescala Requisitos Universales	1,5,7,8,11,13,14,15,16,18,27,28,31,33,39	.8881
Subescala Requisitos de Desarrollo	2,3,4,6,9,10,19,23,24,25,26,29,30,32,34,35,36,37	.8929
Subescala Requisitos por Desviación de la Salud	12,17,20,21,22,38	.8409

Fuente: DCA

n= 127

La congruencia obtenida en la escala total de Acciones de Cuidado Dependiente fue de .9139, mientras que en todas las subescalas (Requisitos universales, de desarrollo y por desviación de la salud) la confiabilidad fue arriba de .8409.

Tabla 2

Consistencia Interna del Instrumento Acciones de Autocuidado en Niños y Adolescentes (AACPP)

Escalas	Preguntas	Alpha de Cronbach
Escala Total	1 - 35	.7351
Subescala Requisitos Universales	5,8,10,11,12,13,14,15,17,20,22,28,29,33	.5006
Subescala Requisitos de Desarrollo	3,6,7,21,25,26,34	.7598
Subescala Requisitos por Desviación de la Salud	1,2,4,9,16,18,19,23,24,27,30,31,32,35	.6525

Fuente: AACPP

n= 127

La congruencia obtenida en la escala total de Actividades de Autocuidado fue de .7351, que es considerada aceptable por ser la primera vez que se aplica (Polit, 1997). La subescala más alta fue para Actividades de Autocuidado para satisfacer Requisitos de desarrollo con un alpha de Cronbach de .7598 y la más baja para Actividades de Autocuidado para satisfacer Requisitos Universales con un alpha de Cronbach de .5006.

4.2 Estadística Descriptiva

Tabla 3

**Factor Condicionante Básico
(Edad de la Madre)**

Edad de la Madre	FR	%
20-29	15	11.8
30-39	81	63.8
40 a Más	31	24.4

Fuente: FCBM

n= 127

Como se puede observar en la tabla 3, el 63.8 por ciento de las madres se encontraban en el rango de edad de 30 a 39 años, el 11.8 por ciento de 20 a 29 años y el 24.4 por ciento con 40 años y más.

Tabla 4
Factores Condicionantes Básicos de las Madres
(Orientación Sociocultural)

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DE ORIENTACIÓN SOCIOCULTURAL	FR	%
ESCOLARIDAD		
Primaria Incompleta	9	7.1
Primaria Completa	56	44.1
Secundaria Incompleta	13	10.2
Secundaria Completa	25	19.7
Universidad	24	18.9
RELIGIÓN		
Católica	93	73.2
Testigo de Jehová	20	15.7
Protestante	14	11.1
EXPERIENCIA PREVIA DE CUIDADO		
Sí	41	32.3
No	86	67.7
PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO		
Buena	92	72.4
Regular	35	27.6

Fuente: FCBM

n= 127

De los Factores Condicionantes Básicos de la madre de Orientación Sociocultural, el 44.1 por ciento tiene escolaridad de primaria completa y el 18.9 por ciento estudios universitarios, el 73.2 por ciento profesan la religión católica, el 67.7 por ciento no ha tenido experiencias previas de cuidado con personas enfermas y el 72.4 por ciento tienen buena percepción del estado de salud del niño (Tabla 4).

Tabla 5
Factores Condicionantes Básicos de las Madres
(Sistema Familiar)

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DEL SISTEMA FAMILIAR	FR	%
NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA		
Menos de 3	14	11.0
De 4 a 5	54	42.5
De 5 a más	59	46.5
OCUPACIÓN		
Dentro del hogar	67	52.8
Fuera del hogar	60	47.2
APOYO FAMILIAR		
No aplica	52	40.9
Esposo y hermanos del niño	73	59.1

Fuente: FCBM

n= 127

La tabla 5 muestra que el 46.5 por ciento de las familias cuentan con un total de 5 o más integrantes, el 52.8 por ciento de las madres trabajan dentro del hogar y de acuerdo al apoyo familiar para el cuidado del niño, el 59.1 por ciento lo ocupa el esposo y los hermanos del niño, en el caso del 40.9 por ciento que no aplica es debido a que la familia se conformó de madres e hijo (a) exclusivamente.

Tabla 6

**Factores Condicionantes Básicos de las Madres
(Disponibilidad de Recursos)**

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	FR	%
INGRESO ECONÓMICO		
No fijo	53	41.7
Un salario mínimo	19	15.0
Dos salarios mínimos	35	27.6
Tres salarios mínimos	20	15.7
PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN QUE LE BRINDA LA INSTITUCION A LA QUE ACUDE		
Buena	124	97.6
Regular	3	2.4
SERVICIO DE SALUD CON EL QUE CUENTA		
Seguridad social	101	79.5
Institución Pública	26	20.5

Fuente: FCBM

n= 127

De acuerdo al ingreso económico el 41.7 por ciento de las madres no cuentan con un ingreso fijo y el 58.3 por ciento restante cuenta con ingresos que van desde un salario mínimo hasta más de tres y respecto a la percepción de la atención que proporciona la institución a la que acuden el 100 por ciento de las madres refirió que es buena y referente a la institución de salud con la que cuentan el 79.5 por ciento tiene seguridad social.

Tabla 7

Factores Condicionantes Básicos de los Niños y Adolescentes

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS	FR	%
EDAD DEL NIÑO		
7 a 12	93	73.2
13 a 17	34	26.8
SEXO		
Masculino	53	41.7
Femenino	74	58.3
ESCOLARIDAD		
Primaria incompleta	55	43.3
Primaria completa	32	25.2
Secundaria incompleta	21	16.5
Secundaria completa	19	15.0

Fuente: FCBP

n= 127

De acuerdo a los Factores Condicionantes Básicos de los Niños y Adolescentes, el 73.2 por ciento se encuentra entre las edades de 7 a 12 años y el 26.8 por ciento entre 13 y 17 años, el sexo que mayor predominio fue el femenino con el 58.3 por ciento y la escolaridad se encontraba en primaria incompleta con un 43.3 por ciento y solamente un 15.0 por ciento contaba con secundaria completa (Tabla 7).

Tabla 8

**Factores Condicionantes Básicos de los Niños y Adolescentes
(Estado de Salud)**

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DEL ESTADO DE SALUD	FR	%
EDAD DE DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES		
1 – 4	29	22.9
5 – 9	70	55.0
10 o Más	28	22.1
HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbA1c)		
Cifras de hipoglicemia (Menor de 6.5)	9	7.1
Cifras normales (De 6.5 a 8.0)	60	48.8
Cifras de hiperglicemia (Más de 8.0)	58	44.1
HOSPITALIZACIONES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES		
Ninguna	94	74.0
1 o 2	33	26.0

Fuente: FCBP

n= 127

De acuerdo a la edad de diagnóstico de la diabetes el 55.0 por ciento lo presento de 5 a 9 años, en las cifras de hemoglobina el 48.8 por ciento se encuentra entre los límites normales y el 51.2 por ciento tiene alguna alteración como hiperglicemia 44.1 por ciento e hipoglicemia 7.1 por ciento. En relación al número de hospitalizaciones en los últimos seis meses el 74.0 por ciento reporto que no había tenido ninguna, pero hay que considerar que el 26 por ciento restante había tenido de 1 a 2 hospitalizaciones previas (Tabla 8).

Tabla 9

Edad de Diagnóstico de la Diabetes y Resultados de Hemoglobina Glucosilada

HbA1c \ Edad de Diagnóstico	< 6.5	6.5 a 8.0	Más de 8.0	Total
1-4 Años	3 (2.4)	12 (9.4)	14 (11.0)	29 (22.8)
5-9 Años	6 (4.7)	36 (28.3)	28 (22.0)	70 (55.1)
10 a Más Años		12 (9.4)	16 (12.6)	28 (22.0)
Total	9 (7.1)	60 (47.2)	58 (45.7)	127 (100)

Fuente: FCBP

n= 127

En la tabla 9 se puede observar que los niños que cuentan con 5 a 9 años de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, el 28.3 por ciento reporta un control adecuado reflejados en cifras normales de hemoglobina glucosilada que van de 6.5 a 8.0 por ciento, así mismo en este grupo de edad el 26.7 por ciento no lleva un control adecuado de su glucosa debido a que manejan cifras < 6.5 a más de 8.0, consideradas como inaceptables.

4.3 Estadísticas Inferenciales

Las estadísticas inferenciales se reportan en dos apartados:

- 1) Prueba de Kolmogorov-Smirnov y 2) Análisis de Varianza, Prueba de Tukey y el Coeficiente de Correlación de Pearson para probar las hipótesis.

4.3.1 Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Variables Continuas

Tabla 10

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Factores Condicionantes Básicos Maternos y del Niño (FCBM y FCBPP)

FCB	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	D.E.	K-SZ	Valor de p
Edad de la madre	26	46	38.85	36.00	4.90	1.024	.244
Edad del niño	7	17	10.77	11.00	2.80	1.525	.018
HbAc1	6.1	13.9	8.31	7.70	1.90	1.877	.001
Edad de diagnóstico	1	7.18	7.18	7.00	3.00	1.032	.237

Fuente: FCBM y FCBPP

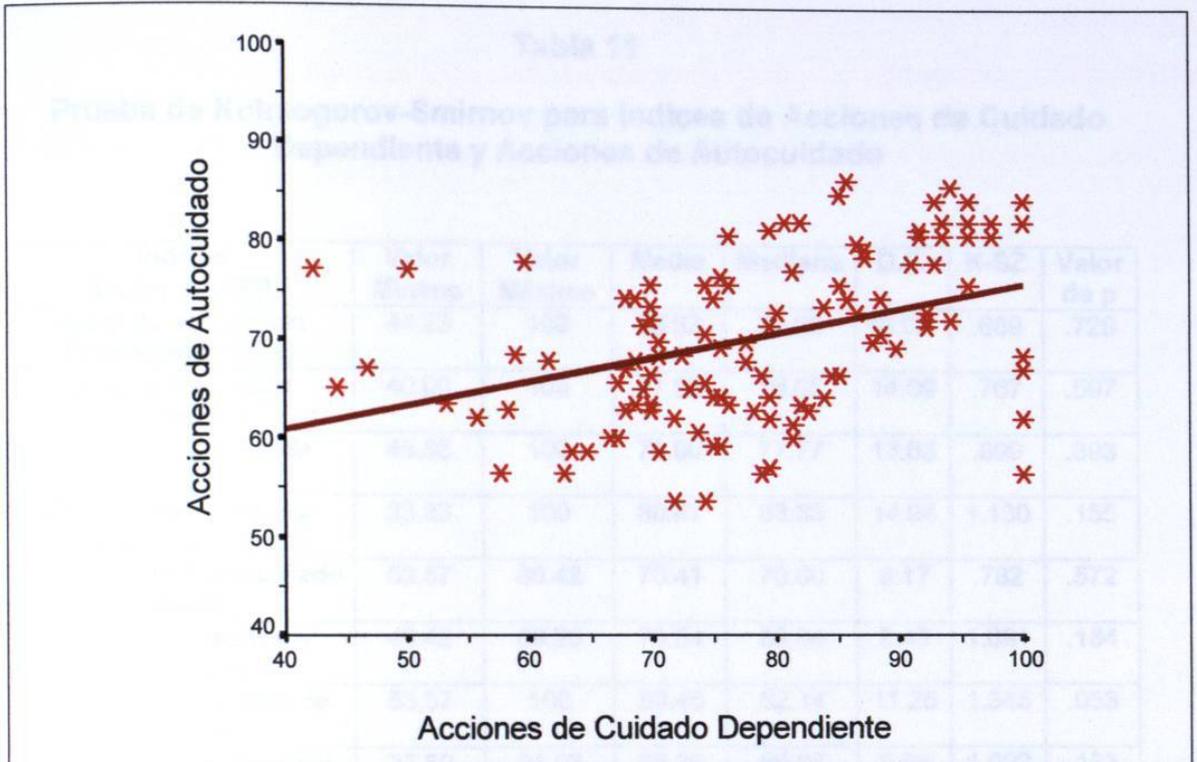
n= 127

Como se puede observar en la tabla 10, al realizarse la prueba de Kolmogorov Smirnov a las variables edad de la madre y del niño, cifras de hemoglobina glucosilada y edad de diagnóstico de la diabetes, se pudo corroborar que la variable cifra de hemoglobina glucosilada fue la única que no presentó normalidad con $\alpha = 0.01$. Las medias fueron las siguientes edad de la madre 38.85, edad del niño 10.77, cifras de hemoglobina glucosilada 8.31 y edad de diagnóstico de la diabetes 7.18.

La figura 4 muestra la dispersión de las calificaciones obtenidas entre los índices de acciones de autocuidado y los índices de acciones de cuidado dependiente materno los valores estadísticos se muestran en la tabla 11; el valor mínimo encontrado para el índice acciones de autocuidado fue de 53.57, el máximo de 86.42 y el valor promedio de 70.41. Para el índice acciones de cuidado dependiente el valor mínimo de 44.23 y el máximo de 100, con una media de 78.52 (ver tabla 11).

Figura 4

Diagrama de Dispersión entre los Índices Acciones de Autocuidado y Acciones de Cuidado Dependiente



Fuente: DCA y AACPP

n= 127

La tabla 11, al realizar la prueba de Kolmogorov Smirnov a los índices acciones de cuidado dependiente y acciones de autocuidado se encontró normalidad en todas las variables. Se reportaron las medianas más altas en los índices de acciones de cuidado dependiente por desviación de la salud (83.33), acciones de autocuidado para satisfacer requisitos de desarrollo (82.14), índice de acciones de cuidado dependiente (78.20), acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos de desarrollo (77.77), acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales (76.66), acciones de autocuidado (70.00), acciones de autocuidado para satisfacer requisitos

universales (69.64) y acciones de autocuidado para satisfacer requisitos por desviación de la salud (66.07).

Tabla 11

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Índices de Acciones de Cuidado Dependiente y Acciones de Autocuidado

Índices DCA y AACPP	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	D.E.	K-SZ	Valor de p
Acciones de Cuidado Dependiente (DCA)	44.23	100	78.52	78.20	13.05	.689	.729
DCA de Requisitos Universales	40.00	100	77.02	76.66	14.09	.767	.597
DCA de Requisitos de Desarrollo	45.83	100	79.00	77.77	13.63	.899	.393
DCA de Requisitos por desviación de la salud	33.33	100	80.87	83.33	14.94	1.130	.155
Acciones de Autocuidado (AACPP)	53.57	86.42	70.41	70.00	8.17	.782	.572
AACPP de Requisitos Universales	46.42	89.28	70.54	69.64	9.48	1.091	.184
AACPP de Requisitos de Desarrollo	53.57	100	80.45	82.14	11.25	1.345	.053
AACPP de Requisitos por desviación de la salud	37.50	91.07	65.26	66.07	9.68	1.092	.183

Fuente: DCA y AACPP

n= 127

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 1

¿Qué relación existe entre las acciones de autocuidado de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 y el cuidado dependiente materno con las cifras de hemoglobina glucosilada?

Tabla 12

Coefficiente de Correlación de Pearson entre las Acciones de Autocuidado de los Niños y Adolescentes (AACPP) y Acciones de Cuidado Dependiente de las Madres (DCA) con Cifras de Hemoglobina Glucosilada (FCBPP)

Valores Estadísticos Relación de Variables	R de Pearson	Valor de p
Acciones de Autocuidado y Resultados de Hemoglobina Glucosilada	.069	.439
Acciones de Autocuidado dependiente y Hemoglobina Glucosilada	-.050	.578
Acciones de Autocuidado con Acciones de Cuidado Dependiente	.401**	.000

Fuente: DCA, AACPP y FCBPP

n= 127

*Correlación significativa al nivel de 0.01

En la tabla 12 se puede observar que no existe relación entre las acciones de autocuidado y acciones de cuidado dependiente y la hemoglobina glucosilada, solamente se encontró relación positiva y significativa entre las acciones de autocuidado de los niños y adolescentes y las acciones de cuidado dependiente materno con una $r = .401$, $p < .001$.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 2

¿De que manera la diferencia entre los protocolos de atención por institución afecta en el autocuidado/cuidado dependiente de la población de estudio?

Al introducir como factor a los protocolos de atención de las dos instituciones de salud y como variables independientes las acciones de autocuidado de los niños y adolescentes y acciones de cuidado dependiente de

las madres, se puede observar que los protocolos de ambas instituciones solamente afectan las acciones de autocuidado de los niños y adolescentes de acuerdo a lo reportado en la tabla 13.

Tabla 13

Análisis de Varianza para el Modelo Lineal con un Criterio de Clasificación (Protocolos de Atención de las Instituciones de Salud)

variable	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcalc	Valor de p
Indice de Autocuidado	255.964	255.964	3.924	.050
Indice de Acciones de Cuidado Dependiente	20.480	20.480	.119	.730

Fuente: DCA y AACPP

n= 127

Tabla 14

Valores Medios del Índice de Autocuidado por Institución de Salud

Instituciones de Salud	n	D.E.	Media
Hospital de Especialidades del IMSS	101	8.26	69.69
Hospital Universitario	26	7.25	73.21

Fuente: CDD

n=127

Como se puede apreciar en la tabla 14, la media más alta fue para el hospital universitario 73.21, con una desviación estándar de 7.25.

4.3.2 Prueba de Hipótesis

Hipótesis 1: Los factores condicionantes básicos maternos: edad, escolaridad, religión, ocupación, experiencia previa de cuidado, percepción del estado de salud del niño, número de miembros de la familia, apoyo familiar, ingreso económico, percepción de la atención que

brinda la institución de salud a la que acuden y servicios de salud, afectan las acciones que realiza para satisfacer los requisitos universales del niño de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1.

Tabla 15

Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Dependiente es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos Universales del Niño

Fuente de variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcalc	Valor de p
Religión	3	591.012	197.004	1.126	.342
Edad de la madre	2	389.405	194.703	1.113	.332
Escolaridad	4	1469.860	347.215	2.139	.081
Experiencia previa de cuidado	1	35.492	35.492	.203	.653
Ingreso	3	1295.064	431.688	2.468	.066
Integrantes de la familia	2	121.475	60.737	.347	.707
Percepción de la institución	1	88.108	88.108	.504	.479
Servicios de salud	1	43.233	43.233	.247	.620
Ocupación	1	281.161	281.161	1.607	.208
Miembros de apoyo	2	106.130	53.065	.303	.739
Percepción de salud	1	.325	.325	.002	.966

Fuente: DCA y FCBM

$R^2 = .266$

n= 127

Para la prueba de esta hipótesis se realizó el análisis de varianza del modelo lineal, en donde la variable dependiente fue acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales de los niños y adolescentes y las independientes: religión, edad de la madre, escolaridad, ocupación, experiencia previa de cuidado, percepción del estado de salud del niño, número de miembros de la familia, apoyo familiar, ingreso económico, percepción de la atención que brinda la institución de salud a la que acuden y servicios de salud.

Tabla 16

Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Dependiente es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos Universales del Niño

Fuente de variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcalc	Valor de p
Escolaridad	4	3700.214	925.054	5.293	.001

Fuente: DCA y FCBM R²= .148 n= 127

En el análisis al incluir como variable dependiente las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales del niño y como variable independiente escolaridad de la madre se obtuvo una Fcalc= 5.293, p<.001 y una varianza explicada del 15 por ciento. La primera hipótesis únicamente se apoyó con la variable escolaridad materna para satisfacer requisitos universales del niño (ver tabla 16).

Tabla 17

Escolaridad Materna con Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos Universales del Niño.

DCA Universales	n	Limite inferior	Limite superior	D.E.	Media
Primaria incompleta	9	55.42	83.46	18.23	69.44
Primaria completa	56	71.22	78.47	13.54	74.85
Secundaria incompleta	13	80.97	93.89	10.68	87.43
Secundaria completa	25	66.96	78.63	14.13	72.80
Universidad	24	79.37	87.98	10.20	83.68

Fuente: FCBM y DCA

n= 127

Como se puede apreciar en la tabla 17, las media más altas para la escolaridad de la madre fueron secundaria incompleta con 87.43 y universidad 83.68. Al aplicar la prueba de Tukey a la variable escolaridad se encontró

diferencia estadística en las categorías de primaria incompleta con secundaria incompleta y universidad ($p=.015$, $p=.046$), primaria completa con secundaria incompleta y universidad ($p=.017$, $p=.049$), secundaria incompleta con primaria incompleta, primaria completa y secundaria completa ($p=.015$, $p=.017$, $p=.011$), secundaria completa con secundaria incompleta y universidad ($p=.011$, $p=.032$) y universidad con primaria incompleta, primaria incompleta y secundaria completa ($p=.046$, $p=.049$, $p=.032$); el resto de las combinaciones no mostraron significancia.

Hipótesis 2: Los factores condicionantes básicos maternos: edad, escolaridad, religión, ocupación, experiencia previa de cuidado, percepción del estado de salud del niño, número de miembros de la familia, apoyo familiar, ingreso económico, percepción de la atención que brinda la institución de salud a la que acuden y servicios de salud, afectan las acciones que realiza para satisfacer los requisitos de desarrollo del niño de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1.

Para probar la hipótesis 2, se utilizó el modelo lineal donde se introdujo como variable respuesta, las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos de desarrollo de los niños; y como factores: religión, edad de la madre, escolaridad, ocupación, experiencia previa de cuidado, percepción del estado de salud del niño, número de miembros de la familia, apoyo familiar, ingreso económico, percepción de la atención que brinda la institución de salud a la que acuden y servicios de salud. Los resultados muestran que solamente la religión fue significativa con $F_{\text{calc}}= 3.156$, $p=.028$, con una varianza explicada del 19 por ciento (ver tabla 18).

Tabla 18

Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Dependiente es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos de Desarrollo del Niño.

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcalc	Valor de p
Religión	3	1714.047	571.349	3.156	.028
Edad de la madre	2	84.658	42.326	.234	.792
Escolaridad	4	419.870	104.968	.580	.678
Experiencia previa de cuidado	1	25.391	25.391	.140	.709
Ingreso	3	899.322	299.441	1.654	.181
Integrantes de la familia	2	197.182	98.591	.545	.582
Percepción de la institución	1	154.724	154.724	.855	.357
Servicios de salud	1	6.523	6.523	.036	.850
Ocupación	1	281.161	281.161	1.607	.208
Miembros de apoyo	2	266.628	133.314	.736	.481
Percepción de salud	1	3.920	3.920	.000	.988

Fuente: DCA y FCBM

R²= .189

n= 127

Al introducir como variable respuesta a las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos de desarrollo del niño y como variable independiente religión de la madre se obtuvo significancia de Fcalc= 3.890, p=.011 y una varianza explicada del 23 por ciento. Se puede decir que la religión afecta las acciones de cuidado universales maternos en el niño con diabetes. Esta hipótesis únicamente se apoyó con la variable religión (ver tabla 18 y 19)

Tabla 19

Análisis de Varianza para el Modelo Lineal con un Criterio de Clasificación Cuando la Variable Respuesta es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos De Desarrollo del Niño.

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcalc	Valor de p
Religión	3	2031.060	677.020	3.890	.011

Fuente: DCA y FCBM

R²= .237

n= 127

Tabla 20

Religión con Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos de Desarrollo del Niño

DCA de Desarrollo	n	Limite inferior	Limite superior	D.E.	Media
Católica	93	75.28	80.84	13.49	78.06
Testigo de Jehová	20	73.58	86.13	13.40	79.86
Protestante	14	56.93	86.58	11.12	73.03

Fuente: FCBM y DCA

n= 127

Los valores medios de la tabla 20, permiten observar que la religión testigo de Jehová presentó el promedio más alto de todas las categorías 79.06, siguiendo la católica 78.06 y de último la protestante 73.03. Al realizarse la prueba de Tukey solamente se encontró diferencia estadística entre la religión católica y la protestante ($p=.010$).

Hipótesis 3: Los factores condicionantes básicos maternos: edad, escolaridad, religión, ocupación, experiencia previa de cuidado, percepción del estado de salud del niño, número de miembros de la familia, apoyo familiar, ingreso económico, percepción de la atención que brinda la institución de salud a la que acuden y servicios de salud, afectan las acciones que realiza para satisfacer los requisitos por desviación de la salud del niño de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1.

Cuando la variable dependiente fue acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos por desviación de la salud de los niños y variables independientes: religión, edad de la madre, escolaridad, ocupación, experiencia previa de cuidado, percepción del estado de salud del niño, número de miembros de la familia, apoyo familiar, ingreso económico, percepción de la

atención que brinda la institución de salud a la que acuden y servicios de salud, en el Modelo de Análisis de Varianza se encontró significancia solamente en ingreso y ocupación con $p=.037$ y $p=.009$ y una varianza explicada del 21 por ciento (ver tabla 21); esta situación permite que la hipótesis se apoye únicamente en dichas variables.

Tabla 21

Análisis de Varianza para el Modelo Lineal cuando la Variable Dependiente es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos por Desviación de la Salud del Niño

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcalc	Valor de p
Religión	3	413.459	137.820	.655	.581
Edad de la madre	2	43.312	21.656	.103	.902
Escolaridad	4	1537.105	384.276	1.827	.129
Experiencia previa de cuidado	1	100.179	100.179	.476	.492
Ingreso	3	1855.130	618.377	2.940	.037
Integrantes de la familia	2	103.982	56.991	.247	.781
Percepción de la institución	1	.994	.994	.005	.945
Servicios de salud	1	148.215	148.215	.705	.403
Ocupación	1	1506.003	1506.003	7.161	.009
Miembros de apoyo	2	162.919	81.459	.387	.680
Percepción de salud	1	113.707	113.707	.541	.464

Fuente: DCA y FCBM

$R^2= .215$

$n= 127$

Tabla 22

Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Respuesta es Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos por Desviación de la Salud del Niño

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcalc	Valor de p
Escolaridad	4	2406.120	601.530	3.017	.021
Ingreso	3	2053.509	684.503	3.433	.019
Ocupación	1	1380.672	1380.672	6.925	.010

Fuente: DCA y FCBM

$R^2= .164$

$n= 127$

Cuando se utilizaron como factores la escolaridad de la madre, ocupación, e ingreso y de variable respuesta a las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales del niño. Se obtuvo una significancia $p=.021$, $p=.019$ y $p=.010$ y una variación explicada del 16 por ciento. Se puede concluir que la escolaridad, el ingreso y la ocupación de la madre afectan las acciones de cuidado universal en el niño con diabetes, por lo tanto la hipótesis se apoya únicamente en estas variables.

Tabla 23

Escolaridad, Ingreso y Ocupación con Acciones de Cuidado Dependiente Materno para Satisfacer Requisitos por Desviación de la Salud del Niño

DCA por Desviación de la Salud	n	Valor Mínimo	Valor Máximo	D.E.	Media
Escolaridad					
Primaria incompleta	9	56.12	88.31	20.93	72.22
Primaria completa	56	75.70	83.67	14.88	79.68
Secundaria incompleta	13	77.55	92.31	12.21	84.93
Secundaria completa	25	73.26	84.06	13.08	78.66
Universidad	24	81.03	92.92	14.07	86.97
Ingreso					
No fijo	53	76.39	84.92	15.46	80.66
Un salario mínimo	19	72.81	85.51	13.17	79.16
Dos salarios mínimos	35	80.14	89.37	13.44	84.76
Tres salarios mínimos	20	68.34	84.15	16.89	76.25
Ocupación					
Dentro del hogar	67	78.36	85.94	15.53	82.15
Fuera del hogar	60	75.76	83.12	14.24	79.44

Fuente: FCBM y DCA

n= 127

La tabla 23 reporta que las medias más altas fueron para la escolaridad de la madre con estudios de universidad 86.97 y secundaria incompleta 84.93, de acuerdo al ingreso económico fue para dos salarios mínimos 84.76 y con

respecto a la ocupación fue dentro del hogar 82.15. Al realizarse la prueba de Tukey a las variables ingreso y escolaridad no se encontró diferencia estadística entre ellas.

Hipótesis 4: Los factores condicionantes básicos del niño: edad, sexo, escolaridad, número de hospitalizaciones en los últimos seis meses y hemoglobina glucosilada afectan las acciones de autocuidado de los niños de 7 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1.

Tabla 24

Análisis de Varianza para el Modelo Lineal Cuando la Variable Respuesta es Acciones de Autocuidado del Niño y Adolescente

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F _{calc}	Valor de p
Edad	2	117.772	58.886	.881	.417
Sexo	1	90.744	90.744	1.358	.246
Escolaridad	3	99.452	33.151	.496	.686
Número de hospitalizaciones	1	92.319	92.319	1.381	.242
Hemoglobina Glucosilada	1	37.295	37.295	.558	.457

Fuente: AACPP y FCBP

R²= .062

n= 127

Para probar la hipótesis 4 se utilizó el Modelo Lineal Análisis de Varianza donde la variable respuesta fue acciones de autocuidado de los niños y adolescentes y como variables independientes edad, sexo, escolaridad, número de hospitalizaciones en los últimos seis meses y resultados de hemoglobina glucosilada. En la tabla 24 se puede observar que los factores condicionantes básicos del niño no afectan las acciones de autocuidado de los niños y adolescentes con diabetes. Por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la nula.

Hipótesis 5: El cuidado materno como agencia de cuidado dependiente esta asociado con las acciones de autocuidado del niño con diabetes mellitus tipo 1.

Tabla 25

Correlación de Pearson para Acciones de Cuidado Dependiente Materno y Acciones de Autocuidado de Niños y Adolescentes

Variabes	r de Pearson	Valor de p
Acciones de Cuidado Dependiente (DCA) con AACPP de desarrollo	.315**	.000
AACPP Universales	.277**	.001
DCA de Desarrollo con AACPP Universales	.300**	.000
DCA por Desviación de la Salud con AACPP Universales	.221*	.012
DCA Universales AACPP Universales	.225*	.010
AACPP de Desarrollo con AACPP por Desviación de la Salud	.337**	.000
DCA por Desviación de la Salud	.179*	.043
DCA Universales	.248**	.004
Acciones de Autocuidado (AACPP) con DCA por desviación de la salud	.336**	.000

Fuente: DCA y AACPP

n = 127

**Correlación significativa al nivel de 0.01

*Correlación significativa al nivel de 0.05

Como se puede observar en la tabla 25, se encontró relación significativa entre las acciones de cuidado dependiente materno y las acciones de autocuidado de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Y entre las que más destacaron fueron: las acciones de cuidado dependiente con acciones de autocuidado de desarrollo y universales $p < .001$ en ambos casos, acciones de cuidado dependiente de desarrollo con acciones de autocuidado para satisfacer requisitos universales $p < .001$, acciones de cuidado dependiente por desviación de la salud con acciones de autocuidado para satisfacer

requisitos universales $p=.012$, acciones de cuidado dependiente universales con acciones de autocuidado para satisfacer requisitos universales $p=.010$, acciones de autocuidado de desarrollo con acciones de autocuidado para satisfacer requisitos por desviación de la salud, acciones de cuidado dependiente por desviación de la salud y universales $p<.001$, $p=.043$, $p=.004$ y acciones de autocuidado con acciones de cuidado dependiente por desviación de la salud $p<.001$. Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de investigación.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La presente investigación permitió conocer las acciones de cuidado dependiente y autocuidado de la madre y del niño de 7 a 17 años con padecimiento de diabetes mellitus tipo 1, a partir de la introducción de algunos conceptos de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem (1995). En la población de estudio se pudo destacar que el 46.5 por ciento de las familias contaban con 5 o más miembros; resultados que coinciden con los reportados en perspectivas y prospectivas de la familia en América del Norte (1994), que refiere que la familia mexicana está conformada de 4 o más miembros y conforme a las cifras de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 1997) donde se reporta que la población mexicana está conformada de 6 a más integrantes en el seno familiar.

En lo relacionado con la ocupación el 58.8 por ciento de las madres laboran dentro del hogar y el 47.2 por ciento tienen empleo fuera del hogar; que coincide con lo reportado por el INEGI (1997) quien reporta que cada día la mujer ocupa un lugar muy importante en la economía del país y familia, actualmente el 43 por ciento de las mujeres son consideradas como población económicamente activa. Las medias más altas de escolaridad de las madres fueron para secundaria incompleta con 87.43 y para universidad con 83.68. Lo

que de acuerdo a la Teoría de Autocuidado/Cuidado Dependiente Orem (1995) influye en mejores acciones de cuidado a los dependientes.

Para la pregunta de investigación 1, no se encontró relación entre las acciones de autocuidado del niño y adolescente, acciones de cuidado materno y la hemoglobina glucosilada, esto podría deberse a que el metabolismo de los azúcares en cada persona es diferente, o simplemente porque el investigador confía en las respuestas de los entrevistados y el dato de laboratorio es más verídico en relación con el efecto Hawthorne que se da en las respuestas de los informantes. Pero al relacionar las acciones de autocuidado con las acciones de cuidado materno se encontró significancia estadística de $r = .401$, $p < .001$, similar a lo encontrado por Moore (1993), Mosher y Moore (1997), quienes encontraron relación entre cuidado materno y acciones de autocuidado/cuidado dependiente en niños de $r = .60$ y $p = .001$; $F_{calc} = 4.60$ y $p = .030$. De acuerdo a Orem, las acciones de cuidado dependiente influyen en que el niño asuma o aprenda a ser responsable de su autocuidado dato que se corroboró en el presente estudio donde las acciones de autocuidado son influidas por las acciones de cuidado dependiente, es decir el rol materno en el cuidado al hijo es de gran relevancia para el aprendizaje y acciones que este lleve a cabo.

En la pregunta 2, Los protocolos de atención por institución explican de manera mínima el autocuidado y cuidado dependiente materno, ya que las diferencias únicamente radican en que la institución de seguridad pública realiza reuniones con los niños, adolescentes y sus padres para pasarles videos referente a la diabetes, dieta ejercicio, automonitoreo de la glucosa y aplicación de la insulina, y posteriormente los niños realizan su automonitoreo y si fuera necesario los canalizan con otros profesionales de la salud, a diferencia con la

institución de seguridad social que realiza reuniones cada mes, donde se imparten charlas a los niños y sus padres y también realiza reuniones donde participan otros profesionales de la salud (nutriólogo y psicólogo).

Para probar la primera hipótesis (Los Factores Condicionantes Básicos Maternos seleccionados son predictores de las acciones que realiza para satisfacer requisitos universales del niño y adolescente) se utilizó el modelo de regresión lineal simple y múltiple, cuyos resultados reflejaron que la escolaridad materna sola predice las acciones para satisfacer los requisitos universales de los niños y adolescentes con una variación explicada del 27 por ciento. Lo anterior se sustenta con lo encontrado por Moore (1993), Pérez (1997) y Vázquez (1999), quienes afirman que de una u otra forma los factores condicionantes básicos maternos afectan las acciones de cuidado dependiente.

La Hipótesis 2, que argumenta que los Factores Condicionantes Básicos Maternos seleccionados son predictores de las acciones de las acciones que realiza para satisfacer requisitos de desarrollo del niño y adolescente) se corroboró a través del análisis de regresión lineal simple y múltiple, donde se reporta los siguientes resultados. Únicamente la religión predice las acciones de cuidado dependiente para satisfacer los requisitos de desarrollo del niño y adolescente con diabetes, donde se reporta una variación explicada del 23 por ciento. En la literatura revisada no se encontró ningún estudio donde la religión predijera las acciones de cuidado dependiente, por lo que este hallazgo en México, aporta un dato cultural/espiritual importante (73.2%) católicos.

La tercera hipótesis que señala que los Factores Condicionantes Básicos Maternos seleccionados son predictores de las acciones que realiza para

satisfacer requisitos por desviación de la salud del niño y adolescentes se encontró lo siguiente: la escolaridad, ocupación e ingreso son predictores de las acciones de cuidado dependiente para satisfacer los requisitos de desarrollo del niño y adolescente con diabetes, con una variación explicada del 17 por ciento. Los datos son iguales a los encontrados por Moore (1993), Pérez (1997) y Vázquez (1999). A diferencia de Gaffney y Moore (1989) que no encontraron relación entre la ocupación de la madre y las acciones de cuidado materno.

La hipótesis 4, formulada para este estudio dice que los factores condicionantes básicos del niño edad, sexo, escolaridad, número de hospitalizaciones en los últimos seis meses por la diabetes o complicaciones de la misma y resultados de hemoglobina glucosilada son predictores de las acciones de autocuidado de los niños de 7 a 17 años con diabetes. No se encontró significancia estadística entre ninguna de las variables estudiadas $R^2 = 0.62$, $p < .001$. Datos similares a los encontrados por Frey & Fox (1990), donde afirman que la edad del niño y el sexo no se asocian con el autocuidado $r = .38$, $p = .002$, pero que los jóvenes más pequeños mostraron alto nivel de autocuidado.

La hipótesis 5 que argumenta que el cuidado materno como agencia de cuidado dependiente influye en las acciones de autocuidado del niño con diabetes mellitus tipo 1. Se corroboró a través del coeficiente de correlación de Pearson, donde se reporta que las acciones de cuidado dependiente materno, influyen en las acciones de autocuidado del niño $r = .401$, $p < .001$, así mismo para satisfacer requisitos de desarrollo $r = .315$, $p < .001$, universales $r = .277$, $p = .001$ y este último con las acciones de cuidado dependiente por desviación de la salud $r = .336$, $p < .001$. Las acciones de autocuidado de desarrollo se

relacionan con las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos por desviación de la salud $r=.337$, $p<.001$ y universales $r=.248$, $p=.004$ y en general las acciones de autocuidado del niño se relaciona con las acciones de cuidado dependiente por desviación de la salud $r=.336$, $p<.001$. Esto es parecido con lo encontrado por Frey & Denyes (1989), donde obtuvieron relación positiva entre los requisitos universales y por desviación de la salud de los adolescentes $r=.62$, $p<.001$.

5.1 Conclusiones

En base a los hallazgos encontrados se concluye que:

La mayoría de los niños tenían escolaridad de primaria completa y el predominio fue en el sexo femenino.

Los factores condicionantes básicos maternos: escolaridad, religión, ocupación e ingreso fueron predictores significativos de las acciones que la madre realiza para satisfacer requisitos universales, de desarrollo y por desviación de la salud del niño con diabetes.

Las acciones de autocuidado del niño y adolescente se relacionaron significativa y positivamente con las acciones de cuidado dependiente de la madre. Lo que en conjunto apoya en el cuidado de la salud del niño con diabetes.

No se encontró relación entre las acciones de autocuidado de los niños y adolescentes y cuidado dependiente materno con la hemoglobina glucosilada.

Los protocolos de atención en ambas instituciones de salud influyen en las acciones de autocuidado del niño y adolescente y no en las acciones de cuidado dependiente de la madre. Esto podría deberse a que los niños, son orientados separadamente de la madre y el niño realiza sus propias acciones de autocuidado sin apoyo de ella.

Los factores condicionante básicos del niño: edad, sexo, escolaridad, número de hospitalizaciones en los últimos seis meses y hemoglobina glucosilada, no son predictores de las acciones de autocuidado

Los instrumentos utilizados en la presente investigación presentaron una confiabilidad aceptable, el instrumento de Acciones de Cuidado Dependiente (DCA) presentó un alpha de .91 y el de Acciones de Autocuidado en Niños y

Adolescentes de .73 aceptable por ser la primera vez que se aplica en población mexicana y con diabetes (Polit, 1997).

5.2 Recomendaciones

Aplicar el instrumento de Acciones de Autocuidado en Niños y Adolescentes en otros niños pero con diferente patología.

Realizar replica del estudio en otras poblaciones del país de niños con diabetes, lo que permitirá realizar inferencias y generalizaciones sobre la predicción de las acciones de autocuidado y acciones de cuidado dependiente.

Explorar los factores condicionantes básico que no fueron predictores de las acciones de cuidado dependiente materno y acciones de autocuidado en estudios de tipo cualitativo.

Para verificar la relación entre las acciones de autocuidado y cuidado dependiente y la hemoglobina glucosilada, realizar investigaciones de tipo prospectivo utilizando las mismas variables.

Que en la atención a población con diabetes tipo 1, se lleve a un control periódico de la hemoglobina glucosilada, a fin de mitigar el efecto Hawthorne que se da en la respuesta de los informantes y mejorar la calidad de vida de esta población, al disminuir las reincidencias por un control inadecuado de su padecimiento.

REFERENCIAS

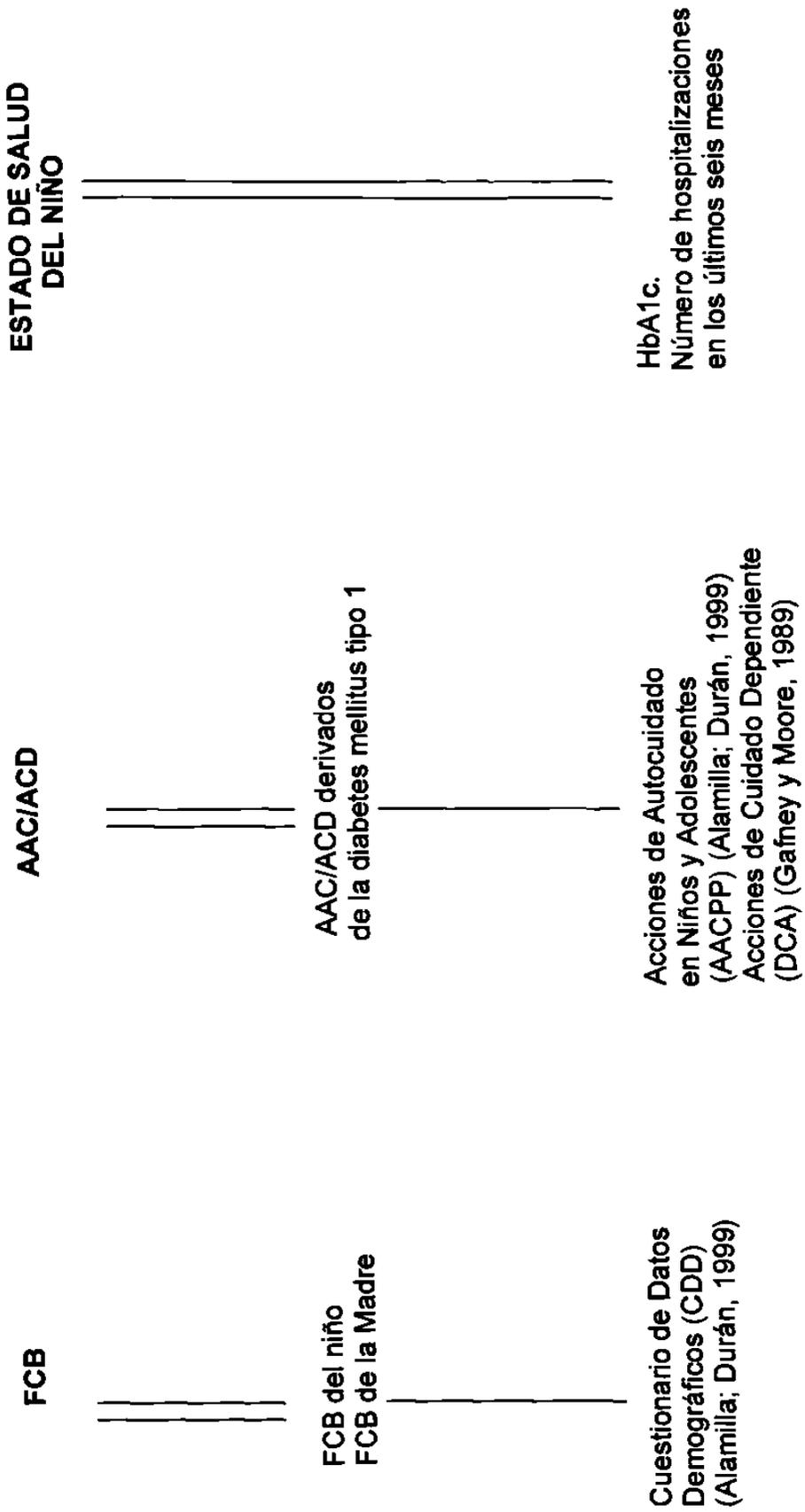
- Bezold, C; Frenk, J; McCarty, S. Salud para Todos en las Américas: El escenario perfecto. Century Health Care in Latin American and the Caribbean. pp. 171-196. (1988).
- Cluff, L. Chronic Disease: Function and Quality of Care. Journal of Chronic Disease. 34, pp. 229-304. (1981).
- Daniel, W. Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3ed. Uteha. México. (1997).
- Dennis, C. Self care deficit theory of nursing. Ed. Mosby, St Louis Missouri. (1997).
- Dickson, K. La diabetes mellitus: Un Reto para la Salud Pública y los Servicios de Salud. Diabetes Hoy. 6 (1), pp. 4-6. (1997).
- Frey, M; Denyes, M. Health and illness self-care in adolescents with IDDM: A test of Orem's Theory. Advances in Nursing Science. 12 (1), pp. 67-75. (1989).
- Frey, G; Fox, M. Assessing and teaching self-care to youths with diabetes mellitus. Pediatric Nursing. 6(16), pp. 597-600. (1990).
- Gaffney, K., Moore, J. Dependent Care Agent Questionnaire. George Mason University. (1989).
- González, M. La prevención y control de la diabetes. Diabetes Hoy. pp. 8-11. (1998).
- Guevara, M. Autocuidado en Adolescentes embarazadas en un área urbana marginada de Apodaca N. L. Tesis inédita de Maestría en Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la U. A. N. L. (1997).
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Cuaderno de Salud N° 14. (1996).
- Jackson, B; Vessey, J. Health and illness self-care in adolescents with IDDM: A test of Orem Theory. (1992).
- Moore, J. Measuring the self-care practice of children and adolescents: Instruments development. Maternal-Child Nursing Journal. 23 (3), pp. 101-107. (1993).
- Moore, J; Gaffney, K. Development of an Instrument to measure mother's performance of self-care activities for children. Advances in Nursing Science. 12(1), pp. 76-84. (1989).

- Orem, D. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica. Mosby. España. (1995).
- Pérez, S. Salud del preescolar, capacidades y acciones de cuidado dependiente de las madres. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Materno Infantil: Pediátrica. Facultad de Enfermería de la U. A. N. L. (1997).
- Pérez-Comas, A. La diabetes en el niño. Diabetes Hoy. 3(5), pp. 75-80. (1994).
- Philotheau, A. Educando al Adolescente con Diabetes. IDF Bulletin. 42 (2), pp.18-22. (1997).
- Polit, H. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Quinta edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. (1997).
- Robinson, C; Shandor, M; Carter, M. Problems of Mothers in Management of Children with Diabetes. Diabetes Care. 6 (6), pp. 549-560. (1983).
- Scheaffer, R; Mendenhall, W; Ott, L. Elementos de Muestreo. Grupo Editorial Interamericana. México. (1987).
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Presidencia de la República. (1987).
- Secretaría de Salud. Norma Técnica 157 para la prevención y control de la diabetes mellitus en atención para la salud. México. (1994).
- Spezia, M. Family Responses to Children with Diabetes and their influence on Self-Care. Journal of Pediatric Nursing. 11 (2), pp. 82-93. (1996).
- Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Inc. Base 8.0 para Windows. (1998).
- Vandagriff, J; Marrero, D; Ingersoll, G; Fineberg, N. Parents of Children's with Diabetes: What are they worried about. The Diabetes Educator. 18 (4), pp. 299-302.(1987).
- Vázquez, M. Cuidado materno y desarrollo del niño de 1 mes a 3 años. Tesis inédita de Maestría en Enfermería en Enfermería con Especialidad en Materno Infantil: Pediátrica. Facultad de Enfermería de la U. A. N. L. (1999).
- Waechter, P; Phillips, J; Holaday, B. Enfermería Pediátrica. 10 ed. Interamericana Mc.Graw Hill. México. (1993).
- Yoos, L. Enfermedad crónica infantil problemas de desarrollo. Pediatric Nursing. 13 (1), pp. 25-28. (1987).

APÉNDICES

APÉNDICE A

ESQUEMA DE DERIVACIÓN CONCEPTUAL (OREM, 1995)



APÉNDICE B

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

1. Cuestionario de Datos Demográficos (Alamilla y Durán, 1999).
2. Instrumento de Agencia de Cuidado Dependiente (Gaffney & Moore, 1989).
3. Instrumento de Acciones de Autocuidado en Niños y Adolescentes (Alamilla y Durán, 1999).

-
- Instrumentos tienen derecho reservado de Autor
Quienes deseen utilizarlos deberán solicitar el permiso de autores.

APÉNDICE C

SOLICITUD A LAS INSTITUCIONES SELECCIONADAS

DR. IGNACIO MARTÍNEZ DELGADO
Presidente Médico de la Asociación de Diabetes
P r e s e n t e.

Estimado Dr. Martínez:

El que suscribe, estudiante de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., solicita atentamente permiso para aplicar un cuestionario a las madres y otro a los niños con diabetes que acuden a la institución que se encuentra a su digno cargo, dicha actividad forma parte del trabajo de tesis "Cuidado Dependiente Materno y Autocuidado en Población Pediátrica de 7 a 17 años con Diabetes Mellitus tipo 1", necesario para obtener el grado de Maestría, lo que implica tener acceso a los resultados de la última hemoglobina glucosilada de los últimos seis meses y si fuera necesario la toma de este estudio, así como hacer la entrevista a las madres.

Esperando que la presente solicitud merezca su aprobación, quedo a sus apreciables órdenes para cualquier duda o aclaración, ofreciéndole la seguridad que la información obtenida se manejará con la debida confidencialidad, protegiendo la identidad de la madre y del niño, así como de la misma institución; y además mi compromiso es entregar una copia del trabajo final una vez que haya pasado por todos los procedimientos requeridos por la Universidad y que sea concluido como trabajo de tesis.

Lic. Manuel Jesús Alamilla Barahona
Alumno de Maestría en Ciencias de Enfermería de la U.A.N.L.

Monterrey N.L. a _____ de _____ de 1999

APÉNDICE D

Protocolos de Atención de las Instituciones Seleccionadas (Hospital Universitario y Hospital General de Zona N° 25 del IMSS).

HOSPITAL UNIVERSITARIO:

Cuenta con un Centro de Educación en Diabetes para Niños y Adultos, además de atender a población de bajos recursos.

1. Al ingresar al Programa de Diabéticos, se informa a los padres y al niño acerca de las actividades que se llevan a cabo en el mismo.
2. A todos los nuevos integrantes al programa se les proporciona un manual que contiene información del padecimiento, como son: dieta, ejercicio, monitoreo de la glucosa y autoaplicación de la insulina.
3. Después de la primera visita al programa el Centro se encarga de buscar al nuevo integrante un padrino (laboratorio) para adquirir un glucometro.
4. El personal de Enfermería, Médico, Nutricionista y Psicólogo son los encargados de impartir charlas educativas relacionadas a ejercicio, dieta y automonitoreo de la glucosa a los niños y sus padres.
5. Se les pasan videos relacionados al padecimiento.
6. Se les cita cada mes para su control, donde se pesan, miden y se les realizan el automonitoreo de la glucosa.
7. Los días festivos como el Día Mundial de la Diabetes, Día del Niño y 4 de Diciembre se les hace un convivio con la finalidad de que los niños platiquen sus experiencias con otros niños de nuevo ingreso, así mismo se les sigue estimulando a que continúen en el programa por medio de obsequios que son proporcionados por los laboratorios.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES N° 25 DEL IMSS

En esta institución se canalizan a todos los niños con padecimiento de diabetes mellitus tipo 1, del área metropolitana y estados vecinos que son derechohabientes del IMSS.

1. El personal Médico, Enfermería, Nutricionista y Psicólogo se encargan de proporcionar información en relación al padecimiento a los padres y a los niños.

- 2. Las charlas educativas se imparten de manera separada a los padres y niños.**
- 3. Se proporcionan trípticos y folletos a los niños y sus padres con relación a la diabetes mellitus tipo 1. Así como copias de un libro donde trae todo lo relacionado con el padecimiento como es la dieta, el ejercicio, automonitoreo de la glucosa y aplicación de la insulina.**
- 4. En esta institución se llevan a cabo las consultas médicas cada lunes y martes de inicio de mes, además los pacientes son atendidos por razones necesarias como dotación de insulina o complicaciones del padecimiento.**
- 5. Se lleva un control de los niños por medio de la insulina glucosilada que se les realiza cada 6 meses y por razones necesarias.**
- 6. Los días festivos como el Día Mundial de la Diabetes y Día del Niño se les realizan festividades con la finalidad de mantener un clima de seguridad y confianza entre los participantes en el programa y el personal de la salud.**

APÉNDICE E
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en la Investigación "Cuidado Dependiente Materno y Autocuidado en Población Pediátrica de 7 a 17 años con Diabetes Mellitus tipo 1"

Al firmar este documento doy mi consentimiento para participar en la Investigación antes mencionada, que tiene como finalidad conocer las acciones de cuidado que realizo en beneficio de mi hijo con diabetes.

Entendiendo que el conocimiento que se obtenga puede ser utilizado en beneficio de los niños con diabetes y mi participación consiste en responder un cuestionario sobre Datos Demográficos y Agente de Cuidado Dependiente y a mi hijo se le tomará una muestra de sangre para un estudio denominado Hemoglobina Glucosilada. El tiempo promedio para la entrevista será de 15 minutos.

Es de mi consentimiento que el responsable de la Investigación, es el Lic. Manuel Jesús Alamilla Barahona, quién me ha explicado que no corro ningún riesgo, que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando desee, sin que ello afecte la atención que recibe mi hijo en la institución donde lleva su control y que los datos que proporcione serán confidenciales, así mismo que al término de la entrevista me será entregado un folleto con información valiosa para el cuidado de mi hijo, en lo que respecta a su problema de diabetes.

Firma del entrevistado

Firma del entrevistador

Monterrey, N.L., a _____ de _____ de 1999

APÉNDICE F

Acciones de Cuidado Dependiente Materno para Satisfacer Requisitos Universales

ACCIONES DE CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO	NUNCA	RARAMENTE	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)
Toma las medidas de seguridad en su hogar		1 (.8)	17 (13.4)	37 (29.1)	72 (56.7)
Promueve periodos de descanso	4 (3.1)	15 (11.8)	42 (33.1)	25 (19.7)	41 (32.3)
Corrobora que reciba sus vacunas	1 (.8)	3 (2.4)	19 (15.0)	38 (29.9)	66 (52.0)
Este provisto de alimentos de los 3 grupos básicos			12 (9.4)	21 (16.5)	94 (74.0)
Se asegura que duerma por la noche		2 (1.6)	18 (14.2)	32 (25.2)	75 (59.1)
Recuerda que ingiera suficiente líquidos	4 (3.1)	10 (7.9)	38 (29.9)	38 (29.9)	37 (29.1)
Estimula para que se lleve bien con otros niños de su edad	3 (2.4)	6 (4.7)	19 (15.0)	49 (38.6)	50 (39.4)
Cuando alguien está fumando saca al niño de la habitación	9 (7.1)	44 (34.6)	26 (20.5)	24 (18.9)	24 (18.9)
Se asegura que tenga un entendimiento de lo que come			12 (9.4)	30 (23.6)	85 (66.9)
Enseña a estar alerta a peligros	1 (.8)	5 (3.9)	32 (25.2)	33 (26.0)	56 (44.1)
Checa fuera de su casa por peligros		3 (2.4)	20 (15.7)	38 (29.9)	66 (52.0)
Se asegura que utilice medidas de seguridad en su hogar			18 (14.2)	34 (26.8)	75 (59.1)
Valora la calidad del aire que respira	5 (3.9)	18 (14.2)	35 (27.6)	31 (24.4)	38 (29.9)
Se da cuenta que tan frecuente evacua	8 (6.3)	33 (26.0)	24 (18.9)	22 (17.3)	40 (31.5)
Cuando el clima esta caliente lo estimula a que tome líquidos		8 (6.3)	12 (9.4)	27 (21.3)	80 (63.0)

Fuente: DCA

n= 127

APÉNDICE G

Acciones de Cuidado Dependiente Materno para Satisfacer Requisitos De Desarrollo

ACCIONES DE CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO	NUNCA FR (%)	RARAMENTE FR (%)	OCASIONALMENTE FR (%)	FRECUENTEMENTE FR (%)	SIEMPRE FR (%)
Lleva a su niño al control de la diabetes	1 (.8)	2 (1.6)	10 (7.9)	34 (26.8)	80 (63.0)
Lo ayuda a tener un auto-imagen saludable		2 (1.6)	25 (19.7)	39 (30.7)	61 (48.0)
Lo estimula a participar en actividades con otros niños de su edad	2 (1.6)	3 (2.4)	23 (18.1)	34 (26.8)	65 (51.2)
Antes de criticar sus actuaciones considera sus limitaciones	4 (3.1)	10 (7.9)	30 (23.6)	40 (31.5)	43 (33.9)
Se asegura que tenga oportunidades de juego	3 (2.4)	4 (3.1)	33 (26.0)	33 (26.0)	54 (42.5)
Lo estimula a participar con los familiares	2 (1.6)	2 (1.6)	15 (11.8)	52 (40.9)	56 (44.1)
Lo ayuda a enfrentar eventos de estrés	6 (4.7)	29 (22.8)	22 (17.3)	23 (18.1)	47 (37.0)
Estimula o fomenta actividades sociales	2 (1.6)	2 (1.6)	17 (13.4)	50 (39.4)	56 (44.1)
Determina que está creciendo y desarrollándose bien	1 (.8)	2 (1.6)	31 (24.4)	35 (27.6)	58 (45.7)
Lo apoya en actividades de grupo	2 (1.6)	7 (5.5)	25 (19.7)	44 (34.6)	49 (38.6)
Lo elogia cuando hace las cosas bien		6 (4.7)	14 (11.0)	20 (15.7)	87 (68.5)
Lo ayuda a que incremente su independencia	3 (2.4)	3 (2.4)	5 (3.9)	27 (21.3)	89 (70.1)
Lo ayuda a que aprenda nuevas palabras	4 (3.1)	23 (18.1)	28 (22.0)	36 (28.3)	36 (28.3)
Lo ayuda a comunicarse efectivamente	2 (1.6)	5 (3.9)	24 (18.9)	38 (29.9)	58 (45.7)
Lo enseña a tener cuidado con la propiedad de otros	1 (.8)	3 (2.4)	12 (9.4)	35 (27.6)	76 (59.8)
Lo ayuda a adaptarse a los cambios		6 (4.7)	39 (30.7)	26 (20.5)	56 (44.1)
fomenta la responsabilidad			17 (13.4)	42 (33.1)	68 (53.5)
trata de saber que esta haciendo en la escuela	1 (.8)	7 (5.5)	25 (19.7)	38 (29.9)	56 (44.1)

Fuente: DCA

n= 127

APÉNDICE H

Acciones de Cuidado Dependiente Materno para Satisfacer Requisitos por Desviación de la Salud

ACCIONES DE CUIDADO DEPENDIENTE MATERNO	NUNCA FR (%)	RARAMENTE FR (%)	OCASIONALMENTE FR (%)	FRECUEMENTEMENTE FR (%)	SIEMPRE FR (%)
Valora a su niño en relación a signos de hiper o hipoglicemia		12 (9.4)	35 (27.6)	23 (18.1)	57 (44.9)
Cuando planea las comidas pone atención en los alimentos recomendados		3 (2.4)	15 (11.8)	27 (21.3)	82 (64.6)
Cuando el médico ordena una medicación de la diabetes la sigue cuidadosamente		1 (.8)	12 (9.4)	25 (19.7)	89 (70.1)
Pregunta al médico acerca de las complicaciones por la aplicación de la insulina		8 (6.3)	11 (8.7)	25 (19.7)	83 (65.4)
Vigila que tan frecuente su niño orina	4 (3.1)	26 (20.5)	32 (25.2)	20 (15.7)	45 (35.4)
Se asegura que su niño realice ejercicio		2 (1.6)	22 (17.3)	37 (29.1)	66 (52.0)

Fuente: DCA

n = 127

APÉNDICE I

Acciones de Autocuidado de los Niños y Adolescentes para Satisfacer
Requisitos Universales

ACCIONES DE AUTOCUIDADO	NUNCA FR (%)	RARAMENTE FR (%)	OCASIONALMENTE FR (%)	FRECUENTEMENTE FR (%)	SIEMPRE FR (%)
Cuando realizas ejercicio tomas suficiente líquido	1 (.8)	9 (7.1)	29 (22.8)	32 (25.2)	56 (44.1)
Duermes 8 horas por la noche		3 (2.4)	39 (30.7)	24 (18.9)	61 (48.0)
Tratas de mantener tu auto-imagen saludable		3 (2.4)	24 (18.9)	24 (18.9)	76 (59.8)
Tomas suficiente líquido durante el día		10 (7.9)	41 (32.3)	29 (22.8)	47 (37.0)
Te cepillas los dientes tres veces al día		8 (6.3)	26 (20.5)	45 (35.4)	48 (37.8)
Te bañas diariamente		1 (.8)	8 (6.3)	44 (34.6)	74 (58.3)
Te lavas las manos antes de comer			8 (6.3)	30 (23.6)	89 (70.1)
Te lavas las manos después de ir al baño	3 (2.4)	2 (1.6)	2 (1.6)	31 (24.4)	89 (70.1)
Ver televisión influye en ti para consumir alimentos nutritivos	49 (38.6)	32 (25.2)	24 (18.9)	2 (1.6)	20 (15.7)
Consumes alimentos de los tres grupos básicos			8 (6.3)	20 (15.7)	99 (78.0)
Realizas ejercicio diariamente		9 (7.1)	28 (22.0)	38 (29.9)	52 (40.9)
Comes cualquier golosina en la escuela	90 (70.9)	16 (12.6)	14 (11.0)	5 (3.9)	2 (1.6)
Ingieres abundante comida en la casa	48 (37.8)	24 (18.9)	30 (23.6)	11 (8.7)	14 (11.0)
Practicas en actividades con niños de tu misma edad	2 (1.6)	3 (2.4)	15 (11.8)	36 (28.3)	71 (55.9)

Fuente: AAC

n= 127

APÉNDICE J

Acciones de Autocuidado de los Niños y Adolescentes para Satisfacer Requisitos De Desarrollo

ACCIONES DE AUTOCUIDADO	NUNCA	RARAMENTE	OCASIONALMENTE	FRECIENTEMENTE	SIEMPRE
	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)
Andas en bicicleta con cuidado	4 (3.1)	16 (12.6)	32 (25.2)	28 (22.0)	47 (37.0)
Te cuidas de no tener accidentes	2 (1.6)	3 (2.4)	11 (8.7)	44 (34.6)	67 (52.8)
Te fijas antes de cruzar la calle			14 (11.0)	31 (24.4)	82 (64.6)
Evitas animales callejeros	6 (4.7)	5 (3.9)	29 (22.8)	24 (18.9)	63 (49.6)
Te revisas los pies diariamente	11 (8.7)	5 (3.9)	17 (13.4)	24 (18.9)	70 (55.1)
Eres cuidadoso con personas extrañas		2 (1.6)	19 (15.0)	37 (29.1)	69 (54.3)
Eres honesto con tus padres		6 (4.7)	18 (14.2)	24 (18.9)	79 (62.2)

Fuente: AAC

n= 127

APÉNDICE K

**Acciones de Autocuidado de los Niños y Adolescentes para Satisfacer
Requisitos por Desviación de la Salud**

ACCIONES DE AUTOCUIDADO	NUNCA FR (%)	RARAMENTE FR (%)	OCASIONALMENTE FR (%)	FRECUENTEMENTE FR (%)	SIEMPRE FR (%)
Llevas a cabo las recomendaciones de tus padres para el cuidado de tu salud	4 (3.1)	16 (12.6)	26 (20.5)	12 (9.4)	69 (54.3)
Llevas a cabo las normas de la escuela para no exponerte a lesiones		7 (5.5)	26 (20.5)	24 (18.9)	70 (55.1)
Limpias bien tus heridas cuando te las haces		5 (3.9)	19 (15.0)	28 (22.0)	75 (59.1)
Te saltas al menos una comida al día	77 (60.6)	21 (16.5)	14 (11.0)	6 (4.7)	9 (7.1)
Ver televisión influye en ti para comer alimentos chatarras	66 (52.0)	28 (22.0)	19 (15.0)	5 (3.9)	9 (7.1)
Enfrentas retos que te exponen a peligro de lesiones	53 (41.7)	20 (15.7)	25 (19.7)	19 (15.0)	10 (7.9)
Practicas deporte de acuerdo a lo indicado con tu padecimiento		5 (3.9)	34 (26.8)	43 (33.9)	45 (35.4)
Te aplicas la insulina de acuerdo a lo indicado por el médico	4 (3.1)	5 (3.9)	13 (10.2)	17 (13.4)	88 (69.3)
Caminas descalzo	64 (50.4)	27 (21.3)	17 (13.4)	11 (8.7)	8 (6.3)
Sigues las indicaciones del médico o enfermera como te lo indican			8 (6.3)	15 (11.8)	104 (81.9)
Preguntas al médico o enfermera acerca de las complicaciones de la insulina	9 (7.1)	21 (16.5)	16 (12.6)	36 (28.3)	45 (35.4)
Te realizas el destroxitis periódicamente		10 (7.9)	35 (27.6)	32 (25.2)	50 (39.4)
Puedes identificar periodos de hipo e hiperglucemia	2 (1.6)		16 (12.6)	51 (40.2)	58 (45.7)
Cuando el médico indica una medicación la sigues cuidadosamente			3 (2.4)	18 (14.2)	106 (83.5)

Fuente: AACPP

n= 127

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Manuel Jesús Alamilla Barahona

**Candidato para el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería
con énfasis en Salud Comunitaria**

**Tesis: CUIDADO DEPENDIENTES MATERNO Y AUTOCUIDADO EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DIABETES MELLITUS TIPO 1**

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía:

Datos personales: Nacido en Campeche, Camp; el día 10 de Junio de 1971, hijo de Jorge Antonio Alamilla Miss y Dalia Amalia Barahona Chin.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Campeche, Grado obtenido Licenciatura en Enfermería en Noviembre de 1996, ocupando el segundo lugar de promedio. Diplomado en Administración estratégica en los servicios de enfermería en la U.A.N.L.

Experiencia Profesional: Laboré en el Programa Fomento a la Salud, promovido por IMSS, en Campeche, Participo en un Verano de la Investigación Científica promovido por el CONACYT, en la Ciudad de Guanajuato y profesor de medio tiempo en la Escuela General de Enfermería de Nuevo León.



