

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD



**“RELACIÓN ENTRE AUTOMANEJO Y TRANSTORNO
DEPRESIVO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
QUE RECIBEN ATENCIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD DE
COMAS E INDEPENDENCIA DE LA DIRIS LIMA NORTE, 2020”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN SALUD PÚBLICA**

**AUTORES: LENNY JUANITA LAVADO GARCIA
FARAH KARIN LLUEN MIRANDA**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lenny Juanita Lavado Garcia".

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Farah Karin Lluen Miranda".

**Callao, 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- DRA. ANA MARIA YAMUNAQUE MORALES SECRETARIA
- DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA MIEMBRO
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ MIEMBRO

ASESORA: DRA. TERESA VARGAS PALOMINO

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 006-2022

Fecha de Aprobación de tesis: 18 de Febrero del 2022

Resolución N° 051 – 2022 – CDUPG-FCS, de fecha 14 de Febrero del 2022

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres que son la base de mi existir, a mi esposo, a mis hijos por su apoyo y porque son la razón fundamental de mi progreso.

Farah Karin Lluen Miranda

Esta Tesis es para mí una gran satisfacción poder dedicarles a mis padres y Hermano que son la motivación en mi vida y el orgullo de ser lo que seré, por culminar mi meta gracias a ellos por confiar siempre en mí.

Lenny Juanita Lavado García

Agradecimiento

Agradecemos a Dios, quien nos ha guiado y dado fortaleza para seguir adelante, a nuestras familias por su comprensión y estímulo constante a lo largo de mis estudios y, a todas las personas que de alguna manera apoyaron en la realización de esta Tesis.

Nuestro agradecimiento a la Lic. María Isabel Peñarrieta de Córdova, Responsable técnica de la Red de Automanejo de enfermedades crónicas Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE	1
TABLAS DE CONTENIDO	3
TABLAS DE GRÁFICOS.....	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1. Descripción de la realidad problemática	8
1.2. Formulación del problema.....	11
1.3. Objetivos	12
1.4. Limitantes de la investigación	13
II. MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes	14
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Conceptual.....	22
2.3.1 Automanejo	22
2.2.2 Depresión	26
2.4. Definición de términos	31
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	32
3.1. Hipótesis.....	32
3.2. Definición Conceptual de Variables:.....	34
3.2.1. Operacionalización de la Variable:	34
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	36
4.1. Tipo y diseño de la investigación	36

4.2. Método de investigación	36
4.3. Población y muestra	36
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado	37
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	37
4.6. Análisis y procedimientos de datos	39
V. RESULTADOS	41
5.1. Resultados descriptivos	41
5.2. Resultados inferenciales	43
VI. DISCUSIÓN.....	47
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.	47
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	51
6.3. Responsabilidad ética.	53
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXO	62
- Matriz de consistencia	63
- Instrumentos de recolección de datos	65
- Otros Anexos	67

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 5.1	Automanejo depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020	41
Tabla 5.2	Nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020	42
Tabla 5.3	Relación entre el automanejo y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020	43
Tabla 5.4	Relación entre el conocimiento del automanejo y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020	44
Tabla 5.5	Relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.....	45
Tabla 5.6	Relación entre el manejo de signos y síntomas y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020	46

TABLAS DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1	Automanejo depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020	41
Gráfico 5.2	Nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020	42
Gráfico 5.3	Diagrama de dispersión entre el automanejo y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020 ..	43
Gráfico 5.4	Diagrama de dispersión entre el conocimiento del automanejo y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020	44
Gráfico 5.5	Diagrama de dispersión entre la adherencia al tratamiento y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020	45
Gráfico 5.6	Diagrama de dispersión entre el manejo de signos y síntomas y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020	46

RESUMEN

El presente estudio titulado “Automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los centros de salud de Comas e Independencia - Lima Norte, 2020”, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia; para lo cual, se aplicó como metodología un estudio cuantitativo, aplicativo, correlacional, de corte transversal. La población estuvo constituida por 224 pacientes crónicos que reciben atención en los centros de salud de la DIRIS Lima Norte (comas e independencia); la técnica fue la encuesta y como instrumento el cuestionario, para la variable automanejo “The Partners in Health Scale (PIH)” y para el trastorno depresivo “Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8)”. Los resultados evidenciaron que, en cuanto al automanejo fue bajo en el 35.3%(79), en el 32.6%(73) alto y en el 32.1% (72) medio. En cuando a la depresión, el 47.3%(106) no presentó depresión, en el 30.8%(69) fue leve, en el 13.8%(31) moderado, en el 5.4%(12) grave y en el 2.7%(6) severo. Los resultados inferenciales evidenciaron relaciones significativas entre el trastorno depresivo y las dimensiones del automanejo como adherencia al tratamiento ($r=-0.162$; $p=0.015<0.05$) y manejo de signos y síntomas ($r= - 0.309$; $p=0.000<0.05$); así mismo se halló relación significativa entre el trastorno depresivo y el automanejo ($r=-0.308$ y $p=0.000<0.05$), por tanto, con un mejor automanejo se reduce la sintomatología de depresión.

RESUMO

O presente estudo intitulado "Autogestão e transtorno depressivo em pessoas com doenças crônicas atendidas nos centros de saúde de Comas e Independência - Lima Norte, 2020", teve como objetivo determinar a relação entre autogestão e transtorno depressivo em pessoas com doenças crônicas usuárias de doenças dos centros de saúde Comas e Independência; para o qual foi aplicado como metodologia um estudo quantitativo, aplicativo, correlacional e transversal. A população foi composta por 224 pacientes crônicos atendidos nos centros de saúde DIRIS Lima Norte (coma e independência); a técnica foi a pesquisa e o questionário como instrumento, para a variável de autogestão "The Partners in Health Scale (PIH)" e para o transtorno depressivo "Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8)". Os resultados mostraram que, assim que o autogerenciamento foi baixo em 35,3% (79), em 32,6% (73) alto e em 32,1% (72) médio Quanto à depressão, 47,3% (106) não apresentaram depressão, em 30,8% (69) foi leve, 13,8%(31) moderado, 5,4%(12) grave e 2,7%(6) grave. $0,162$; $p=0,015<0,05$) e manejo de sinais e sintomas ($r= -0,309$; $p=0,000<0,05$); da mesma forma, foi encontrada uma relação significativa entre transtorno depressivo e autogestão ($r=- 0,308$ $ep=0,000 <0,05$), portanto, com melhor autogestão, os sintomas de depressão são reduzidos.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con cronicidad llegan a ser un problema en la salud pública como para la familia, por la morbilidad que suponen, como por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan las prolongadas estancias hospitalarias que requieren y el incremento de costos sanitarios. Así mismo, ocasiona en el propio paciente la pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

A través de un buen automanejo se busca la independencia del paciente crónico y, que la enfermedad no sea un limitante para realizar una vida normal con los mínimos cuidados necesarios para mantener una salud estable y óptima; de esta manera, se reducen los conflictos que puedan generarse por los cambios de hábitos necesarios en su nueva “normalidad”.

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar la relación que existe entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020, y permitió a través de un estudio correlacional, conocer y analizar el automanejo y la depresión como variables independientes y medir su relación en los pacientes con enfermedades crónicas.

En base a los resultados, se evidenció la necesidad de unir esfuerzos y promover el automanejo, y plantear estrategias de intervención multidisciplinarias con la finalidad de reducir el trastorno depresivo en la mayoría de los pacientes crónicos en los diferentes niveles identificados.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades no transmisibles (ENT) o enfermedades crónicas son procesos de largo desarrollo que interfieren en el bienestar de las personas y pueden producir inhabilidad en la actividad diaria, estas enfermedades son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo (71%), e impactan en la salud y originan la necesidad del tratamiento y los cuidados necesarios a largo plazo. ⁽¹⁾

Las enfermedades crónicas son afecciones de largo desarrollo, con un tiempo de progresión lento y que no se transmiten de individuo a individuo, afectando así a todos los géneros y edades; lo cual constituye un problema de salud pública, por ser una causa de morbilidad en el proceso de envejecimiento de la población y por el estilo de vida poco saludable ⁽²⁾. Son actualmente la principal causalidad de muerte y discapacidad en el mundo, dando como resultado un impacto en la salud, y originan la necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. ⁽³⁾

El automanejo es el medio principal de los cuidados que requieren los pacientes crónicos, definiéndose como la atención diaria, por parte de los propios pacientes de las enfermedades crónicas, en el curso de estas. En la teoría del automanejo individual y familiar se combinan diversos aspectos, y se reconoce que ampliar el automanejo de los individuos y las familias arroja resultados más positivos. ⁽⁴⁾

Por otro lado, según la OMS, la depresión es un trastorno frecuente y afecta a más de 322 (4.4%) de personas en el mundo; además, es la principal causa de discapacidad (7.5%), contribuye a la carga mundial general de morbilidad y, en el peor de los casos puede llevar al suicidio. La prevalencia en la Región de Asia Sudoriental fue del 27%, en el Pacífico Occidental fue del 21%, en Europa y las Américas fue del 16% y 15% respectivamente. ^{(5) (6)}

La OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2017) refiere que aproximadamente 285 millones de personas en el mundo padecen alguna enfermedad y calcula que la cifra iría en aumento a 439 millones para el año 2030. Frecuentemente otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental. ⁽⁷⁾⁽⁸⁾

La OPS estima que las enfermedades no transmisibles causan cuatro de cada cinco decesos (79%) en la Región de las Américas, las cuales se incrementarán durante las próximas décadas. Un estudio sobre tendencias y proyecciones poblacionales, calculó que para el 2030 la población general se duplicará, habrá 4,2 veces más personas entre 60 a 79 años y 7,3 veces más personas entre 80 años en adelante; esto, aunado a la urbanización y la exposición a factores de riesgo incrementarán el padecimiento de enfermedades crónicas, siendo las principales enfermedades causantes de muerte son las cardiovasculares (38%), cáncer (25%), respiratorias (9%) y diabetes (6%). Por lo consiguiente, los cambios demográficos y epidemiológicos contribuyen al aumento de la carga de enfermedad, dejando de ser consecuencia del curso natural de la vida, puesto que son prevenibles y pueden causar muchas muertes prematuras. ⁽⁹⁾

De acuerdo a los estudios de Montalvo-Prieto, convivir con una enfermedad crónica discapacitante va generar manifiesto en alteraciones de las funciones o estructuras corporales y algún grado de limitación en la actividad de la persona, en la capacidad productiva, morbilidad y mortalidad de las personas ⁽¹⁰⁾, afectando el bienestar y calidad de vida de quienes las padecen, limitando a las personas en su vida diaria y sus prácticas culturales; experimentando estados emocionales negativos como la depresión, frustración e incertidumbre, lo cual se ve reflejado significativamente con un mal estado de salud. ⁽¹¹⁾

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), el trastorno mental más frecuente en la población mayor de 12 años es la depresión, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6%⁽¹²⁾. Este trastorno psicológico se da en el 32% de pacientes crónicos con cáncer ⁽¹³⁾. En Lima Norte, el 70% de más de 2 millones y medio de

los habitantes padece de enfermedades mentales como la depresión, ansiedad, estrés, entre otros ⁽¹⁴⁾.

En los Centros de Salud pertenecientes a la DIRIS Lima Norte, existe un carente manejo de estas enfermedades, debido a la falta de evaluación en pacientes con afecciones crónicas como la hipertensión, diabetes y fibrosis principalmente. Además, se evidencia desgano y falta de soporte en el hogar para el control de las enfermedades psicoemocionales que dificultan el manejo adecuado de la enfermedad en los pacientes crónicos; esta situación puede haber agravado en el contexto de la pandemia, pues el confinamiento alejó el contacto entre el personal de salud y los pacientes vulnerables.

Según de Berenzon y colaboradores, la depresión reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas y tiene importantes costos económicos y sociales; es por ello que está entre los primeros de enfermedades discapacitantes y es de atención prioritaria en el mundo. ⁽¹⁵⁾

El automanejo representa una estrategia prometedora de atención de las enfermedades crónicas lo cual va permitir ver más allá de la información para enseñar activamente a las personas a detectar y resolver los problemas asociados con la enfermedad que padecen. Además, fortalecerá la prevención eficaz al establecer un modelo de salud en la niñez (primaria), proporcionando estrategias para mitigar la enfermedad y manejarla en las etapas posteriores de la vida (secundaria y terciaria). Dado que la mayor parte de las enfermedades crónicas se relacionan con el modo de vida, el automanejo representa Es una oportunidad de intervenir de manera directa al nivel individual que puede lograr efectos favorables sobre la salud y las conductas con respecto a esta. ⁽¹⁶⁾

Es reconocido que el automanejo resuelve el 80% de los problemas en personas con una enfermedad crónica; de ahí la importancia de fortalecer estas intervenciones en el primer nivel de atención. Debido al gran impacto de estas enfermedades, se percibe un creciente interés en programas de autogestión o automanejo, como un modelo de cuidado crónico colaborativo, que permita modificar los conocimientos, actitudes y prácticas eficazmente y a su vez,

integrar la atención y el tratamiento de desórdenes mentales y enfermedades crónicas en servicios de atención primaria. ⁽¹⁷⁾

A partir de lo mencionado se busca estudiar el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre el automanejo y el trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?

1.2.2. Problemas Específicos

Problema específico 1

¿Cómo es el automanejo en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?

Problema específico 2

¿Cuál es el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?

Problemas específicos 3

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento del automanejo y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?

Problemas específicos 4

¿Cuál es la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?

Problemas específicos 5

¿Cuál es la relación que existe entre el manejo de signos y síntomas y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la relación que existe entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

1.3.2. Objetivos Específicos:

Problema específico 1

Identificar el automanejo las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

Problema específico 2

Identificar el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

Problemas específicos 3

Establecer la relación que existe entre el conocimiento del automanejo y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

Problemas específicos 4

Establecer la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

Problemas específicos 5

Determinar la relación que existe entre el manejo de signos y síntomas y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

1.4. Limitantes de la investigación

Teórico: El estudio del automanejo se desarrollará desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, enfocándose en la calidad de atención a los pacientes con enfermedades crónicas, quienes son más vulnerables a los trastornos depresivos.

Temporal: La investigación y búsqueda de los sujetos de estudio, así como la aplicación domiciliaria de los instrumentos de recolección de datos, prolongaron los tiempos de aplicación. Se halló que algunos de los pacientes habían fallecido, contando con una muestra insuficiente en los Centros de Salud.

Espacial: Debido a la situación previamente descrita, se optó por recurrir a una agrupación de siete centros de salud pertenecientes a la Diris Lima Norte (P.S. Milagro de fraternidad, P.S. Quechuas, C.M.I. Santa Luzmila II, P.S. Sangarara, C.M.I. Laura Rodríguez, C.S. Collique III Zona, C.S. Carmen Medio), ampliando así la población de estudio y obtener mayores.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

De León Ramírez, et al, 2020 - México publicaron una investigación sobre la **Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión**, con el objetivo de identificar la relación entre automanejo en general y sus dimensiones con síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión, desde un enfoque cuantitativo correlacional en 205 pacientes con diagnóstico de diabetes (100) e hipertensión (105) a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia a quienes se les aplicó los instrumentos Partners in Health (PIH) y The Patient Health Questionnaire (PHQ-8). Resultados: El índice general del comportamiento del automanejo presentó una puntuación media global de 79, donde 100 indica un adecuado automanejo de las enfermedades crónicas. Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el automanejo ($r=-0.308$, $p<0.000$); así mismo, se halló una correlación significativa negativa débil en las dimensiones del automanejo: Conocimiento y trastorno depresivo ($rs=-0.195$, $p=0.005$); manejo de signos y síntomas con trastorno depresivo ($rs=-0.444$, $p=0.000$) y en la dimensión de adherencia y trastorno depresivo ($rs= -0,161$, $p=0,021$). Conclusiones: Se concluye que la sintomatología depresiva se relaciona con el automanejo de la enfermedad, a mayor automanejo menor sintomatología de depresión, dicha relación confirma que ambas variables se afectan mutuamente y/o mantienen una relación estrecha. ⁽¹⁸⁾

David Malibrán Luque, et al, 2020 - México, publicó un artículo titulado **“Tomando control de tu salud” una estrategia de automanejo para enfermedades crónicas en el adulto mayor**, con el objetivo estudiar el marco de referencia del automanejo de enfermedades crónicas, y el impacto del programa “Tomando Control de su Salud” como una estrategia de automanejo en la atención de los adultos mayores con estas enfermedades; el estudio se

realizó a través de una revisión especializada teórica y conceptual. Los resultados reflejaron la existencia de un importante avance en el conocimiento o marco de referencia asociado con el automanejo; sobre el programa, se confirmó que existe evidencia suficiente que sustenta la implementación y promoción de dicho programa en beneficio de la salud de los adultos mayores que viven con estos padecimientos. Concluyendo que la implementación del programa, en la población vulnerable, tiene buenos resultados en variables emocionales, comportamentales, cognitivas y de salud asociadas con el automanejo. Por lo tanto, se sugiere promover la aplicación del programa “Tomando control de su salud” y contribuir con las acciones propuestas en el envejecimiento saludable. (19)

León-Hernández, et al, 2020 - México, en la publicación sobre “**Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas**”, tuvo como objetivo identificar las variables predictoras del automanejo en pacientes con DM, HTA y Obesidad. Métodos: el diseño de estudio fue no experimental, transversal, en una muestra no probabilística de 386 usuarios de las ciudades Victoria y Tampico. Resultados: el 42.2% refirió síntomas de trastorno depresivo en el continuo de leve a grave, la categoría que obtuvo mayor porcentaje de IMC fue sobrepeso con 33.2% y más de un tercio de la población (36.8%) percibe algún grado de disfunción familiar. El análisis de Regresión Lineal Múltiple resaltó siete predictores del comportamiento de Automanejo (varianza explicada $R^2 = .325$); la variable autoeficacia fue el más importante ($\beta=38$) y el apoyo social percibido el predictor con carga más baja ($\beta=.10$). Conclusiones: estos predictores representan elementos importantes para ampliar el conocimiento y entender el comportamiento del automanejo, área promovida en el modelo de atención a pacientes crónicos, liderada por enfermería. (20)

Maldonado, et al, 2018 - México realizaron un estudio sobre **Automanejo y apoyo social en personas con cronicidad**, con el objetivo de identificar la relación entre automanejo y apoyo social en personas con cronicidad de Tamaulipas-México, desde un enfoque metodológico cuantitativo correlacional

de corte transversal en 188 adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, para evaluar automanejo se utilizó el Partners in Health Scale y para apoyo social el Duke. Resultados: El índice general del automanejo de las enfermedades crónicas indica adecuado manejo con una media de 78.82, el apoyo social percibido también fue adecuado con media de 46.55. El resultado más relevante fue la correlación significativa ($r=184$ $p=.010$) entre las variables antes mencionadas. Conclusiones. El automanejo y el apoyo social percibido se encuentran relacionados en la muestra de pacientes de personas con enfermedades crónicas de Ciudad Victoria-Tamaulipas. ⁽²¹⁾

Mar García, et al, 2017 – México , realizaron un estudio titulado **Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2**, con el objetivo de analizar el tipo de relación entre el automanejo con la percepción de su funcionalidad familiar en aquellas personas con diabetes tipo 2, con un enfoque cuantitativo transversal-correlacional en 100 personas, a quienes se les aplicó los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de Partners in Health Scale para medir el automanejo en padecimientos crónicos y el Apgar familiar del Dr. Smilks tein para evaluar la funcionalidad familiar. Como resultados se obtuvo que muestran una correlación significativa entre el APGAR familiar total y el índice de automanejo, el promedio de edad de la muestra de estudio fue de 58 años, poco más de las 2 terceras partes fue del sexo femenino (67%) y sexo masculino (33%). Respecto a su estado civil, el 66% es casado y un tercio (33%) no tenían pareja (viudo, divorciado, soltero), casi la mitad de los participantes (42%) reporta ser miembro de una familia nuclear en la actualidad, con percepción a la funcionalidad familiar se encontró que 16% disfunción severa, 13% 21 disfunción moderada 23% disfunción leve, 43% Normal, y con respecto al automanejo el 60% indica un adecuado automanejo, el 20% un automanejo parcialmente adecuado y el 20% un inadecuado automanejo. Conclusiones: la mayoría de las personas tienen un adecuado automanejo con relación a la percepción de funcionalidad familiar; en pacientes con diabetes Mellitus es de gran relevancia que la familia se comprometa y priorice el manejo para llevarlo a cabo adecuadamente. ⁽²²⁾

Antecedentes Nacionales

Escudero, 2022 - Piura-Perú investigó sobre el “**Automanejo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles**” con el objetivo de determinar el estado actual del conocimiento sobre el automanejo de las enfermedades no transmisibles. El estudio tuvo un enfoque cualitativo y como diseño la revisión sistemática, empleó la ficha de análisis documental como instrumento, a fin de analizar 14 estudios sobre el automanejo que se han producido en los últimos cinco años. Los resultados develan que existen factores protectores del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles como: la cercanía o presencia activa de personas con algún vínculo, la educación y la capacidad personal para mejorar las actitudes y aptitudes frente a la enfermedad; además, se identificaron características de las estrategias para hacer frente a los riesgos, tales como: brindar mayor confianza, libertad y control del paciente sobre su enfermedad junto a un profesional acompañante externo; así mismo, la centralidad en fortalecer las actitudes y aptitudes del paciente. Se concluye que el estado actual del conocimiento sobre el automanejo de las enfermedades no transmisibles es alentador pues, en situaciones críticas, los programas de automanejo elevan la calidad de vida de los que padecen enfermedades crónicas no transmisibles. ⁽²³⁾

Huaman y Perez, 2021 -Ica-Perú estudiaron sobre el “**Automanejo del paciente diabético atendido en el consultorio externo del Centro de Salud Chincha Baja, diciembre 2020**”, con el objetivo de determinar el automanejo del paciente diabético que acude al servicio de consultorio externo del C.S. Chincha Baja. Metodológicamente se aplicó un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal en una muestra de 50 pacientes voluntarios. Resultados: El 60% fueron mujeres, 56% tuvo entre 60 a 65 años, 72% casados, 48% son empleados, 64% tiene un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años. El 46% presentó automanejo deficiente, 20% regular, 34% un automanejo adecuado. El 48% con un deficiente conocimiento de la definición de la enfermedad, 40% conocimiento regular sobre el tipo y 52% regular de las consecuencias. En la dimensión adherencia al tratamiento 48% tiene un automanejo regular en su alimentación,

44% regular sobre su medicación. Para la dimensión signos y síntomas los pacientes con DM en 48% tiene un automanejo deficiente, 40% con relación al valor de la glucosa deficiente, mientras que el 48% un automanejo regular en el reconocimiento de otros signos y síntomas que puedan estar presentes como sed excesiva, micción continua, visión borrosa etc. Conclusión: Los adultos mayores tienen un automanejo deficiente de su salud. ⁽²⁴⁾

Marchan, 2020 - Lima-Perú, investigó sobre el “**Automanejo de emociones en adultos mayores con enfermedades crónicas** en la Asociación calle La Estrella de Los Olivos – 2020” con el objetivo de determinar el automanejo de emociones en adulto mayores con enfermedades crónicas, para lo cual se realizó una encuesta descriptiva a los adultos mayores de la Asociación calle la estrella de los olivos, donde se evaluó el automanejo de emociones en adultos mayores con enfermedades crónicas, el nivel de automanejo de emociones es a través del cuestionario de Trait Meta-Mood Scale (TMMS 24) versión española, diseñado por Mayer y Salovey en 1997. Los datos obtenidos se encontraron en una base de datos en el programa SPSS y se visualizó el nivel bajo de automanejo de emociones en adulto mayores con enfermedades crónicas, lo cual, el valor comprendido alfa de Crombach, indica el alto de confiabilidad que tiene el instrumento empleado en este piloto, en donde el resultado es 0.70. Resultados: se encuestaron a 30 adultos mayores de los cuales el 43% expresaron que tienen un nivel bajo de automanejo de emociones, por otro lado, según la dimensión, el 57% presenta un nivel bajo según la dimensión de atención emocional, que el 37% presenta un nivel bajo según la dimensión caridad emocional y el 35% presenta un nivel bajo según la dimensión reparación emocional bajo. Se concluyó que el automanejo de emociones fue bajo en los adultos mayores con alguna enfermedad crónica. ⁽²⁵⁾

Ipanaque y Rodríguez, 2019 - Lima-Perú, realizaron el estudio **automanejo y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de diabetes del servicio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza**, durante los meses de septiembre a diciembre – 2018, con el objetivo de determinar la relación entre el automanejo y la funcionalidad

familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en el programa de diabetes del Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante los meses de septiembre a diciembre, 2018. Material y métodos: Fue de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, transversal, en una muestra conformada por 100 pacientes; se utilizó la técnica encuesta y los instrumentos fueron el cuestionario de Automanejo en enfermedades crónicas (Partes in Health Scale) y el Apgar familiar elaborado por Gabriel Smilkstein. Resultados: Entre los hallazgos más relevantes se encontraron que el 60% presentaron niveles de automanejo regular, el 26% presentaron niveles de automanejo adecuado y el 14% presentaron niveles de automanejo deficiente; con relación a la variable funcionalidad familiar de los pacientes, se encontró que el 42% presentaron disfuncionalidad familiar leve, el 30% presentaron disfunción familiar moderada, el 21% (21 pacientes presentaron buena funcionalidad familiar, finalmente el 7% presentaron disfunción familiar severa. Se encontró que existe una relación significativa ($\text{sig}=0.00<0,05$) positiva y moderada ($\text{Rho}=0.509$) entre las variables. Conclusión: Existe una relación directamente proporcional moderada entre las variables Automanejo y Funcionalidad Familiar del paciente con DM II del servicio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. ⁽²⁶⁾

Márquez, 2018 - Callao-Perú, investigó sobre el **Automanejo de Diabetes Mellitus Tipo II en pacientes que acuden al programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Mi Perú - Callao**, 2018, con el objetivo de determinar el automanejo de Diabetes Mellitus Tipo II en pacientes que acuden al programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Mi Perú, en atención a las dimensiones obtenidas en el proceso de la investigación. Esta investigación de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, tiene un diseño no experimental de corte transversal y para su determinación se recolectó información en un periodo definido, con una población de 70 pacientes con diagnóstico específico de Diabetes Mellitus Tipo II que acudían al programa de enfermedades no transmisibles, a los cuales se les aplicó la encuesta The Partners in Health Scale. Los resultados obtenidos indican que el Automanejo de Diabetes Mellitus Tipo II es regular con tendencia a deficiente, en la dimensión de conocimiento es regular – deficiente, en la dimensión de adherencia al

tratamiento es deficiente y en la dimensión de manejo de síntomas es regular. Conclusión: El automanejo de la diabetes mellitus Tipo II de la mayoría de los pacientes que acuden al programa de enfermedades no transmisibles del C.S. Mi Perú es regular con tendencia a deficiente. ⁽²⁷⁾

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Wagner - Teoría de los Modelo de cuidados crónicos:

Wagner et al., en los años 90, desarrolló el modelo de cuidados crónicos (CCM), por sus siglas en inglés “Chronic car model” y, fue adoptado por la OMS a inicios del siglo XXI. Este modelo reconoce elementos esenciales para el cuidado de calidad de las enfermedades crónicas, tales como el sistema sanitario y el autocuidado. ⁽²⁸⁾

El modelo realza la importancia fundamental de la Atención Primaria de Salud (APS) y, reconoce que, para obtener mejor resultados deben integrarse todos los componentes del modelo. Se centra en la relación entre paciente informado y activado con un equipo de atención médica proactivo y preparado, lo que requiere de un sistema de salud bien organizado y vinculado con los recursos necesarios en la comunidad en general. ⁽²⁹⁾

Componentes del modelo

El modelo cuenta con seis componentes para aumentar la calidad en la atención de las enfermedades crónicas en atención primaria, los cuales serán detallados a continuación ⁽³⁰⁾:

- Organización de Atención a la Salud: Asegurar que los profesionales estén motivados y cuenten con el apoyo y recursos necesarios.
- Apoyo al Automanejo: Ayudar a los pacientes a tener un rol activo en su salud.
- Diseño de Entrega de Servicios: Organizar los calendarios de consultas y otros elementos que aseguren la atención planificada de todos los pacientes.

- Apoyo a las Decisiones: Asegurar que el personal de atención tenga la capacitación, información y el apoyo científico para proporcionar sistemáticamente atención centrada en el paciente basado en datos probatorios.
- Sistema de Información Clínica: Asegurar que el personal profesional tenga acceso en tiempo real a la información de pacientes, de forma individual y/o poblacional, la cual le permita planificar, ejecutar y monitorear la asistencia.
- Recursos y Políticas Comunitarias: Se debe brindar asistencia a los pacientes, con el fin de asegurar el acceso eficaz a los servicios y los recursos útiles en la comunidad próxima.

Puntos clave para interacción productiva que mejore los resultados:

Para mejorar los resultados, las interacciones productivas requieren del **proveedor** dos cosas: la preparación, referente a la destreza, información y recursos para una gestión efectiva, así como el acceso a equipos, suministros y medicamentos necesarios; además de la proactividad que implica la capacidad de anticipar necesidades, prevenir enfermedades y complicaciones, reduciendo los factores de riesgo y planificando la atención oportuna y permanente. En cuando a **los pacientes**, deben contar con elementos participativos de su cuidado tales como: la información, educación, motivación y confianza para actuar. El papel medular de esta asociación entre proveedores y pacientes es el cambio de las formas tradicionales de organización y prestación del cuidado. ⁽³¹⁾

De acuerdo con el modelo, el manejo de las Enfermedades crónicas no transmisibles es eficaz cuando los pacientes y el equipo de salud son socios semejantes en sus propios dominios: Los profesionales respecto al manejo clínico de la patología, y los pacientes sobre su experiencia con la enfermedad, sus necesidades y sus preferencias. La capacidad de los profesionales para entender las creencias de los pacientes y activar su participación en la toma de decisiones, mejora la adherencia al tratamiento y otros resultados. ⁽³¹⁾

2.3. Conceptual

2.3.1 Automanejo

Fundamento científico del Automanejo

Desde hace más de 40 años se describe y analiza el automanejo, término empleado inicialmente por Thomas Creer para indicar que los pacientes son participantes activos en su tratamiento; definiéndose, en términos generales, como la atención diaria de las enfermedades crónicas por parte de los propios pacientes, en el curso de estas. Aunque es sinónimo del autocuidado, la autorregulación, la educación del paciente y la orientación del paciente, el automanejo está por encima del suministro de información y aumentar los conocimientos; incluso, es considerado como aquellas tareas que las personas sanas realizan en el hogar para prevenir enfermedades, en lugar de tan solo atender una enfermedad existente. ⁽³²⁾

Definición

El automanejo es la piedra angular de la atención a pacientes con enfermedades crónicas y, hace referencia al rol esencial de la persona en el manejo de su propia salud. Si bien, no hay una definición del automanejo ampliamente aceptada en el mundo, se emplean diversos términos similares según el contexto en el que se emplean, tales como: preparación o entrenamiento para el automanejo, empoderamiento de pacientes o autocuidado.

El término automanejo puede definirse como: “la participación del paciente en el tratamiento o la educación sobre su condición o enfermedad incluyendo los aspectos biológico, emocional, psicológico y social”. Es de suma importancia, debido a que el sistema de salud no está preparado para brindar acompañamiento en un largo plazo a sus pacientes, y ellos mismos no están dispuestos a seguir las indicaciones por mucho tiempo; sin embargo, hay un largo camino para la atenuación de síntomas, aunque no la cura, generando desaliento en los profesionales y desánimo en el paciente y su familia. ⁽³³⁾

Desde otra perspectiva, se considera que el automanejo es una manera de evitar complicaciones, maximizando la calidad de vida con el incremento de apoyo. Según el modelo diseñado por la Universidad de Flinders, el automanejo es “la capacidad de la persona para comprender la naturaleza de su enfermedad, de gestionar y organizar su acceso a elementos importantes de su cuidado”, y quienes automanejan con eficacia su enfermedad, pueden reconocer y entender las señales tempranas de su deterioro. ⁽³⁴⁾

Principios de efectividad del Automanejo

Los principios fueron la base para elaborar el instrumento " The Partners in Health Scale (PIH) que fue desarrollado por la universidad de Flinders para evaluar el comportamiento de automanejo en centros de salud. A continuación, se muestran los seis principios de efectividad del automanejo:

- Saber acerca de su enfermedad.
- Seguir los planes de atención acordados con sus proveedores de salud.
- Compartir en la toma de decisiones, saber cómo automanejar, tener planes y metas que consideran importantes, estar dispuesto y ser capaz de lograr al menos algún tipo de formación de automanejo y tener acceso al menos a algunos servicios de apoyo.
- Monitorear y manejar los signos y síntomas de su enfermedad, ser proactivo y mantener el seguimiento en vez de esperar a que los nuevos problemas que se produzcan.
- Manejar los efectos de su enfermedad en su vida con relación a la actividad física, emocional y social
- Adoptar formas de vida que promueven la salud.

Elementos del automanejo

En la Teoría de Automanejo Individual y Familiar (IFSMT), planteada por Ryan Polly & Sawin Kathele de la Universidad de Wisconsin, postularon que el

automanejo se lleva a cabo en el contexto de factores de riesgo y de protección específica a la condición, entorno físico, social, el individual y familiar. Considerándolo como un proceso mediante el cual los individuos y familias utilizan el conocimiento y las creencias, habilidades de autorregulación y la facilitación social para lograr resultados relacionados con la salud. Es un fenómeno multidimensional y complejo que puede conmovir a individuos, diadas o familias que transitan por estados de desarrollo, apoyados en la teoría de los sistemas. ⁽³⁵⁾

Dimensiones del automanejo

La teoría del automanejo individual y familiar de Ryan y Sawin, propone que el automanejo es un fenómeno complejo y dinámico con 3 dimensiones: contexto, proceso y resultados. Además, amplió la especificidad de los procesos para incluir los conocimientos y las creencias, las aptitudes y capacidades de autorregulación, la facilitación social, y clasificó los resultados en próximos y distales. ^{(35) (36)}

- **El contexto (factores de riesgo y protectores):** considera al individuo y su familia, el entorno físico y social y las condiciones específicas de la enfermedad. Influyen en el compromiso del individuo y su familia en el proceso de automanejo, impactando directamente en los resultados.
- **El proceso (automanejo):** relacionado a los conocimientos y las creencias que favorecen la autoeficacia, las habilidades de autorregulación y destrezas que permiten la toma de decisiones, y la facilitación social fortalecida por la colaboración de la familia y los profesionales de la salud.
- **Los resultados (proximales y distales):** Compuesto por resultados proximales, enfocados en los comportamientos de automanejo y costos del cuidado; y los resultados distales, que hacen referencia al estado de salud, calidad de vida, bienestar y costos de salud.

Importancia del a automanejo

El “manejo” del paciente de su enfermedad, tiene una importancia en la salud conductual y la adherencia a las terapias en las condiciones crónicas; sin embargo, no se les proporciona información esencial ni habilidades para “manejar” su condición y, al tratar de enfrentar este desafío, los sistemas de salud se enfocan en la educación y el apoyo a los pacientes para 'automanejar' su enfermedad. ⁽³⁷⁾

Al hacer hincapié en la responsabilidad del paciente y la importancia de una actuación conjunta con los prestadores de servicios de salud, el automanejo constituye una estrategia prometedora en la atención de las enfermedades crónicas que permite ir más allá de la información para enseñar activamente a las personas a detectar y resolver los problemas asociados a las condiciones crónicas que experimentan. ⁽³²⁾

Medición del automanejo

El instrumento The Partners in Health Scale (PIH) fue creado como parte de un programa denominado “the Partners in Health”, un ensayo coordinado de cuidado para proponer modelos de atención en pacientes crónicos. El programa desarrolló procesos y herramientas para ayudar a los profesionales a trabajar en asociación con los pacientes y maximizar su capacidad de automanejo. El equipo de la universidad de Flinders, Australia, validó por primera vez el instrumento de 11 ítems distribuidos en 3 factores, en una muestra de 46 usuarios, obteniendo una confiabilidad por alpha de Cronbach de 0.88.

- Conocimiento de la enfermedad (Ítems 1 y 2), se refiere al conocimiento que se tiene sobre de la enfermedad y el tratamiento.
- Automanejo (Ítems 3,4,5,6, 9,10 y 11), es la capacidad de compartir la toma de decisiones, cumplir con la cita médica y el tratamiento, la comunicación con el médico, enfrentar complicaciones y la adopción de hábitos saludables.

- Monitorización de síntomas (ítems 7 y 8), referido al entendimiento y habilidad de los pacientes para reconocer los síntomas de su enfermedad.

Una segunda validación de constructo e interna del instrumento con una muestra de 176 usuarios y el análisis de fiabilidad y factorial con una muestra independiente de 188 pacientes, se agregaba un ítem y un nuevo principio de automanejo en 4 factores, la confiabilidad según alfa de Cronbach fue de 0.82.

- Conocimiento de la enfermedad (Ítems 1, 2, 4 y 8), incluye el conocimiento de su condición, el tratamiento, la toma de decisiones frente a complicaciones.
- Adherencia al tratamiento (Ítems 3 y 5), incluye la toma de medicación, la organización y asistencia a las citas médicas.
- Reconocimiento y manejo de los síntomas (Ítems 6, 7 y 9), incluye el conocimiento de sus síntomas, la actuación ante síntomas de alarma.
- Capacidad de afrontar (Ítems 10, 11 y 12), incluye el manejo de la actividad físicas y la vida social, la adopción de hábitos y un estilo de vida saludable.

El automanejo fue evaluado mediante el Partners in Health Scale, validado en contexto mexicano por Peñarrieta-de Córdova et al. en el 2014, permite valorar el comportamiento en forma global y en tres dimensiones, formado por 12 ítems con una escala de calificación de 0 a 8, es confiable ($\alpha=0.88$), y su interpretación es a mayor puntaje mejor automanejo. ⁽³⁸⁾

- El conocimiento sobre su salud y enfermedad
- El manejo del impacto físico, emocional y social derivado de su enfermedad
- La adherencia, entendida no solo en adherencia al tratamiento médico sino también en la comunicación con el médico y proveedor de salud.

2.2.2 Depresión

Definición

Según la OMS la depresión es "un trastorno mental frecuente; caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, con trastorno del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración". (39)

Según la Asociación Americana de Psicología (APA), la depresión "consiste en una profunda tristeza o desesperación cuya duración se extiende más allá de unos pocos días, e interfiere con las actividades de la vida cotidiana, e incluso provoca dolores físicos" (40). Aunque la depresión de diferentes formas a diversas personas, la mayoría experimenta una combinación de síntomas como: la tristeza prolongada o sensación de vacío, desamparo o desesperanza, culpabilidad o inutilidad, irritabilidad, inquietud, dificultad de concentración, fatiga, cambios en el patrón del sueño y apetito, dolor crónico de cabeza o estómago, pérdida de interés en sus actividades, alejamiento de familiares y amigos, pensamientos en la muerte o pensamientos suicidas". (40)

Factores de riesgo asociados

Según el Ministerio de Salud del Perú, en su guía clínica de depresión, existen dos factores de riesgos marcados que pueden desencadenar la depresión en las personas, los cuales se describen a continuación (41):

Estilos de vida: La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas maximizan estos factores. Una red de soporte social (familia y amigos) sólida es positiva e importante en la prevención y recuperación de la depresión. Se sabe que las personas con creencias religiosas tienen un menor riesgo de depresión; por tanto, las fuentes menos estructuradas como la meditación u otros métodos de autorrealización espiritual constituyen parte de esta red de soporte social para la depresión.

Factores hereditarios: Existe un mayor riesgo de depresión en personas con antecedentes familiares (predisposición biológica), aunque no todos; pudiendo

aumentar el riesgo en quienes padecen de trastorno bipolar. Sin embargo, la depresión grave también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de este tipo, pues existen factores adicionales causales de depresión, ya sean bioquímicos o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

Signos y síntomas

Retomando el concepto que da El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM IV, por sus siglas en inglés), la depresión se clasifico en el apartado de los trastornos el estado de ánimo, donde los principales síntomas fueron utilizados para poder formar los criterios de diagnóstico. En los criterios de diagnóstico para la depresión se encuentran nueve síntomas, de los cuales, como ya se mencionó anteriormente, se deben de presentar al menos cinco o más de ellos durante el periodo de dos semanas: ⁽⁴²⁾

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., Se siente triste o vacío) o la observación realizada por otro (p. Ej., llanto)
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (Según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnía casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecidos)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Depresión y comorbilidad a enfermedades crónicas

Diabetes: Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de padecer depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte por las numerosas complicaciones, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen. ⁽⁴³⁾

Cáncer: La depresión es una afección co-mórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer. Un elemento crítico de su tratamiento es el reconocimiento de índices presentes de depresión y establecer el grado de intervención apropiada, que podría ser desde una consejería leve, a grupos de apoyo, medicación o psicoterapia. ⁽⁴³⁾

Instrumentos de medición de la Depresión

Por otra parte, se han diseñado diversos instrumentos para la evaluación del trastorno depresivo, estos instrumentos son únicamente para tamizaje; es decir son una serie de preguntas que pueden indicar la presencia o ausencia de un problema de salud en particular, más no diagnostica la enfermedad. Son una herramienta útil para la investigación e intervención en el campo de la salud mental. Un instrumento con el que se cuenta para valorar la sintomatología depresiva es el Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8), este instrumento fue utilizado en la presente investigación; y consiste de ocho criterios de los nueve que incluye DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos, además se ha demostrado que es eficaz para detectar síntomas

depresivos en diversos grupos raciales y étnicos. A continuación se relata la evolución del instrumento ⁽⁴⁴⁾:

Para medir el trastorno depresivo, se utilizó el Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8) (apéndice E), el cual, en su versión original era PHQ, que consta de una escala de 21 ítems, llamada "Evaluación de la atención de los trastornos mentales " (PRIME-MD). El PHQ (Patient Health Questionnaire Depression) es una versión auto administrada del PRIME- MED, que evalúa el estado ánimo, la ansiedad, el alcoholismo, la alimentación y los módulos somatomorfos.

En base a lo anterior, se desarrollaron varias versiones del PHQ; una de las versiones fue el PHQ-9 (apéndice F), que es una herramienta específica evaluar la depresión; se apoyaron en los 9 criterios de DSM-IV. El PHQ-9 se validó con una muestra de 6000 pacientes en atención primaria y de 7 clínicas ginecoobstetras; se encontró que era fiable como medida válida para la depresión, con un alfa de Cronbach 0.89. El PHQ-9 contiene una pregunta del DSM-IV que evalúa pensamientos suicidas o autolesión, pregunta suprimida por las siguientes razones: 1) el riesgo de suicidio es bajo; 2) la depresión está siendo evaluado como un resultado secundario en los estudios de otras condiciones crónicas; y 3) los datos se están recopilando de forma auto administrada en lugar de una entrevista directa, esto llevo a la propuesta de PHQ-8 donde se eliminó el ítem 9.

Kroenke, Strine y Spitzer, en el 2019, evaluaron el PHQ-8 con una población general de 198,678 personas que participaron en el 2006 en una encuesta de factores de riesgo del comportamiento, se encontró un punto de corte para la interpretación de ≥ 10 puntos en la lectura del instrumento, con una consistencia interna de 0.89, con una sensibilidad de un 88% y un 88% de especificidad para la depresión mayor. El instrumento demostró un funcionamiento comparable con el PHQ-9 en términos de diagnóstico. Se ha utilizado en el entorno clínico con pacientes psiquiátricos, en población de atención primaria, administrado por vía telefónica y en programas de automanejo para condiciones crónicas, en todas

las muestras ha demostrado ser eficaz en la detección de síntomas del trastorno depresivo en diversos grupos raciales y étnicos.

Niveles de depresión

En la versión del PHQ-8 se identifican cinco niveles de depresión, a continuación, se muestra la manera de categorizar las puntuaciones:

- Sin síntomas depresivos: 0-4 puntos
- Síntomas leves 5-9 puntos
- Síntomas moderados: 10-14 puntos
- Síntomas moderadamente severos o graves: 15-19 puntos
- Síntomas graves: 20-24 puntos.

2.4. Definición de términos

Automanejo: Capacidad de la persona para comprender la naturaleza de su condición, gestionar y organizar su acceso a elementos de su cuidado, ellos podrán reconocer y entender las señales de alerta temprana de deterioro.

Enfermedad crónica: Enfermedad de larga duración y de progresión lenta, no tiene cura y no se conoce un agente causante que las transmita de un individuo a otro.

Depresión: Una alteración del estado del ánimo, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que se caracteriza por un periodo de al menos dos semanas. La persona debe de experimentar al menos cinco o más síntomas de los cual se incluyen cambios de apetito, sueño, peso, cambios psicomotores y discapacidad para enfrentar situaciones físicas, sociales y ambientes; no se deben de incluir ideas delirantes o alucinaciones.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General:

Hi: Existe una relación significativa entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

Ho: No existe una relación significativa entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

3.1.2. Hipótesis Específicas:

Hipótesis específicas 1

H₁: El automanejo es bajo en las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020.

Ho: El automanejo es alto en las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020.

Hipótesis específicas 2

H₂: El nivel de depresión es de moderado a grave en las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020.

Ho: El nivel de depresión es leve en las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020.

Hipótesis específicas 3

H₃: Existe una relación significativa entre el conocimiento del automanejo y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

H₀= No existe una relación significativa entre el conocimiento del automanejo y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

Hipótesis específicas 4

H₄: Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

H₀= No existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

Hipótesis específicas 5

H₅: Existe una relación significativa entre el manejo de signos y síntomas y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

H₀: Existe una relación significativa entre el manejo de signos y síntomas y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

3.2. Definición Conceptual de Variables:

3.2.1. Operacionalización de la Variable:

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Método y técnica	Escala de medición
Variable 1: Automanejo	Capacidad de la persona para comprender la naturaleza de su condición, gestionar y organizar su acceso a elementos de su cuidado, ellos podrán reconocer y entender las señales de alerta temprana de deterioro.	Capacidad de la persona con enfermedad crónica para gestionar y organizar su cuidado de manera oportuna, fortalecidos en el conocimiento de su enfermedad, el cumplimiento del tratamiento que requiere, así como el reconocimiento y manejo de los signos y síntomas que puedan presentar.	Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de la enfermedad - Signos y síntomas - Tratamiento - Efectos adversos 	Encuesta The Partners in Health Scale (PIH)	Puntaje total 0 a 96
			Adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de medicación - Consulta médica - Reconoce y actúa ante signos de alarma 		
			Manejo de signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de efectos secundarios - Mantiene el equilibrio con sus emociones - Interacción social - Estrategias de estilo de vida saludable 		

<p>Variable 2: Trastorno Depresivo</p>	<p>Una alteración del estado del ánimo, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que se caracteriza por un periodo de al menos dos semanas. La persona debe de experimentar al menos cinco o más síntomas de los cual se incluyen cambios de apetito, sueño, peso, cambios psicómotores y discapacidad para enfrentar situaciones físicas, sociales y ambientes; no se deben de incluir ideas delirantes o alucinaciones.</p>	<p>Alteración del estado del ánimo en actividades de la vida cotidiana que van de leve a grave, con síntomas que incluyen cambios psicómotores, de apetito, sueño, peso, entre otros, que afectan el afrontamiento de situaciones físicas, sociales y ambientales.</p>	<p>Depresión</p>	<p>Niveles de depresión</p>	<p>Encuesta Health Questionnaire e Depression Scale (PHQ- 8)</p>	<p>Sin síntomas: 0-4 puntos Síntomas leves 5-9 puntos Síntomas moderados: 10-14 puntos Síntomas moderadamente severos o graves: 15-19 puntos Síntomas graves: 20-24 puntos.</p>
--	--	--	------------------	-----------------------------	---	---

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo y diseño de la investigación

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo prospectivo transversal, se levantaron datos en un momento específico, lo cual fue conveniente para analizar el estado del fenómeno determinado, además se determinó la relación entre dos variables: Automanejo y trastorno depresivo.

4.2. Método de investigación

Tipo de Estudio: Transversal correlacional

Nivel: Aplicativo

Tiempo: Prospectivo

Corte: Transversal

4.3. Población y muestra

La población asignada para dicho estudio fueron 224 usuarios diagnosticados como pacientes crónicos que reciben atención en los centros de salud de la DIRIS Lima Norte (comas e independencia).

Centro	Cantidad	Porcentaje
P.S. Milagro de fraternidad	30	13.4%
P.S. Quechuas	29	12.9%
C.M.I. Santa Luzmila II	36	16.1%
P.S. Sangarara	28	12.5%
C.M.I. Laura Rodríguez	37	16.5%
C.S. Collique III Zona	32	14.3%
C.S. Carmen Medio	32	14.3%
Total	100	100.0%

La muestra fue de tipo censal, por lo que aplicó el estudio al 100% de la población, considerando el total de 224 personas de todos los centros de salud, de los cuales tienen como diagnóstico alguna enfermedad crónica.

Los criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 a más años
- Diagnóstico confirmado de alguna enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión, etc.) con un mínimo de 3 meses.
- Personas que acuden a la consulta externa de los centros de salud de la DIRIS Lima Norte.

Criterios de Exclusión

- Personas con capacidades disminuidas (cognitivas).
- Personas que no presentan ninguna enfermedad crónica.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado

La investigación fue desarrollada en los Centros de salud de Comas e Independencia, siendo un total de siete establecimientos pertenecientes a las DIRIS Lima Norte mencionados en la muestra; la ejecución de este estudio se desarrolló en los meses de julio y agosto del año 2020.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

a) Automanejo de enfermedades crónica.

En población mexicana el cuestionario "The Partners in Health Scale (PIH)", fue adaptado y validado por Peñarrieta de Córdova et al. (2013), en una muestra de 391 usuarios con alguna condición crónica (diabetes, hipertensión y cáncer); tuvo una confiabilidad de la escala total con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.8 (apéndice D). El Instrumento quedó conformado por 12 ítems distribuidos en los siguientes factores o dimensiones:

1) Conocimiento con un índice alfa de Cronbach 0.7 (ítems 1 y 2), se refiere a que tanto conoce acerca de la enfermedad en general, la descripción de esta, que síntomas experimenta, como lo afecta en su vida diaria, el conocimiento de su tratamiento, para qué es, los efectos adversos de este y las consecuencias de no tomarlo.

2) Adherencia con un alfa de Cronbach 0.8 (Ítems 3, 4, 5, 6, 7 y 8); incluye la toma de medicación, las decisiones tomadas sobre su estado de salud con el médico y comunicación con él, la asistencia y capacidad de solicitar citas médicas, si se mantiene al tanto y reconoce sobre los síntomas de alarma y si toma las medidas necesarias a las primeras señales de alarma cuando los síntomas empeoran.

3) Manejo de signos y síntomas con un alfa de Cronbach 0.7 (ítems 9, 10, 11 y 12), hace referencia si puede manejar los efectos secundarios de su enfermedad con su actividad física diaria, mantiene el equilibrio de su estado de salud hacia como se siente, la interacción social a pesar de su enfermedad y las estrategias tomadas para ayudar a adoptar un estilo de vida saludable.

Esta versión tiene una escala tipo Likert que va desde el 0 hasta el 8, donde 0 indica Automanejo bajo y 8 indica automanejo alto, para la interpretación del instrumento, se realizó un sumatorio total de todos los ítems y por cada dimensión estandarizándolos previamente a 100, posteriormente se homogenizaron los resultados para poder realizar las comparaciones entre las dimensiones y el índice general.

Según la autora principal de validación del instrumento, se mantiene el nombre del instrumento en inglés PIH para mantener la relación con el instrumento original.

b) Trastorno depresivo

Para medir el trastorno depresivo, se utilizó el Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8) (apéndice E). Kroenke, Strine y Spitzer

en el 2009 evaluaron el PHQ-8 con una población general de 198,678 personas que participaron en el 2006 en una encuesta de factores de riesgo del comportamiento, se encontró un punto de corte para la interpretación de ≥ 10 puntos en la lectura del instrumento, con una consistencia interna de 0.89, con una sensibilidad de un 88% y un 88% de especificidad para la depresión mayor.

EL PHQ-8 ha demostrado que tiene funcionamiento comparable con el PHQ-9 en términos de diagnóstico. Se ha utilizado en el entorno clínico con pacientes psiquiátricos, en población de atención primaria, administrado por vía telefónica y en programas de automanejo para condiciones crónicas, en todas las muestras ha demostrado ser eficaz en la detección de síntomas del trastorno depresivo en diversos grupos raciales y étnicos.

La versión del PHQ-8 contiene ítems en forma de pregunta, cada uno de sus ítems tiene cuatro alternativas de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad la oración que describa su estado en las últimas dos semanas; cada ítem tiene un valor que va de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y tras sumar directamente la puntuación de cada uno se obtiene una puntuación global que va de 0 a 24 puntos totales.

De esta manera se categoriza las siguientes puntuaciones:

- Sin síntomas depresivos: 0-4 puntos
- Síntomas leves 5-9 puntos
- Síntomas moderados: 10-14 puntos
- Síntomas moderadamente severos o graves: 15-19 puntos
- Síntomas graves: 20-24 puntos.

4.6. Análisis y procedimientos de datos

Los datos que se obtuvieron del presente estudio se recolectaron en cada EESS de Comas e Independencia, se creó la base de datos a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 18 para Windows, se realizó un previo análisis de frecuencia para la verificación de

congruencia en los datos y se procedió al análisis de los datos conforme a los objetivos del estudio. Se aplicó la estadística descriptiva e inferencial y se evaluó el comportamiento y distribución de los datos encontrada en esta investigación, y posteriormente se utilizó la prueba estadística inferencial no paramétrica “coeficiente de correlación de Spearman” (r_s) para analizar la correlación entre las variables: automanejo y trastorno depresivo.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

Tabla 5.1

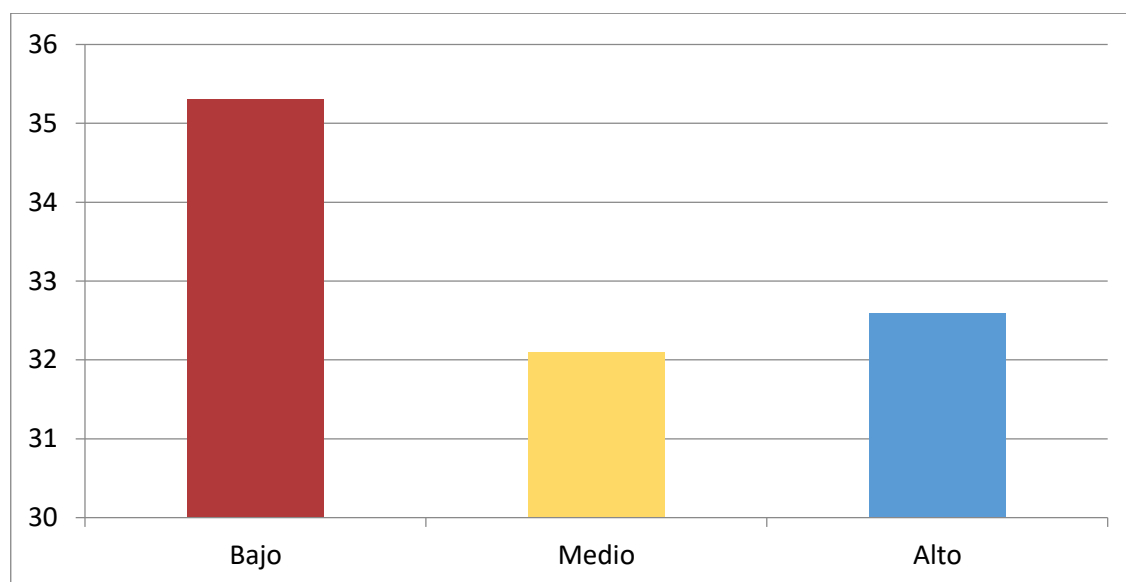
Automanejo depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020

Automanejo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	79	35,3	35,3
Medio	72	32,1	67,4
Alto	73	32,6	100,0
Total	224	100,0	

Fuente: Escala “The Partners in Health” aplicada a pacientes crónicos en la Diris Lima Norte.

Gráfico 5.1

Automanejo depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020



En la tabla 5.1 se observa que el 35.3%(79) de las personas con enfermedades crónicas tiene un bajo automanejo, el 32.6%(73) un alto automanejo y el 32.1% (72) tiene un automanejo medio de la enfermedad.

Tabla 5.2

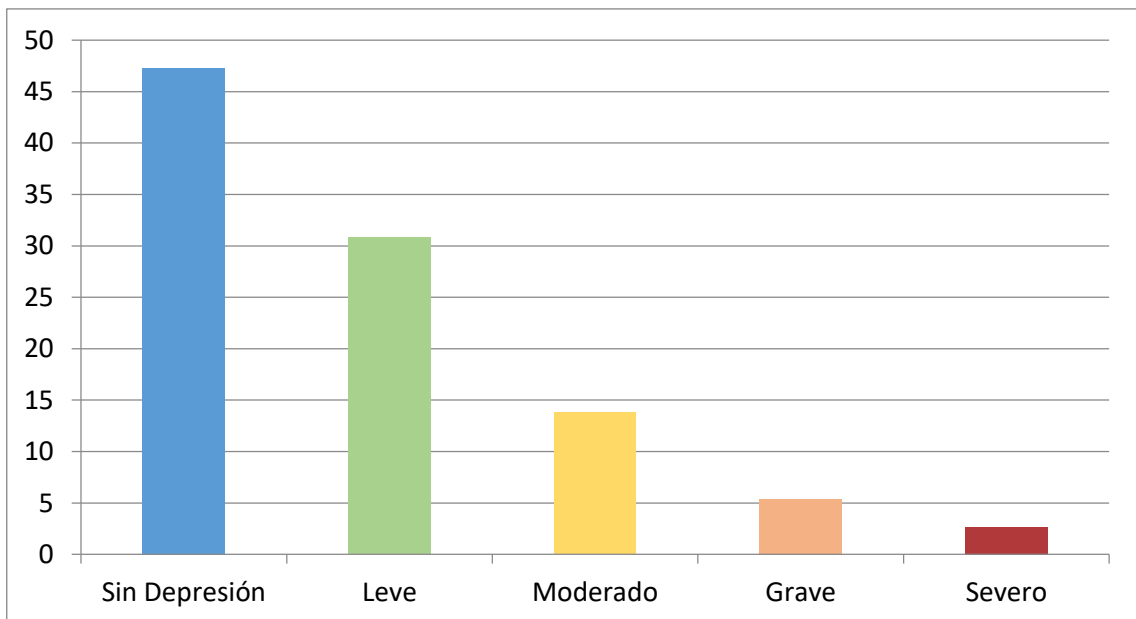
Nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020

Depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin Depresión	106	47,3	47,3
Leve	69	30,8	78,1
Moderado	31	13,8	92,0
Grave	12	5,4	97,3
Severo	6	2,7	100,0
Total	224	100,0	

Fuente: Escala “Health Questionnaire Depression” aplicada a pacientes crónicos en la Diris Lima Norte.

Gráfico 5.2

Nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020



En la tabla 5.2 se observa que el 47.3%(106) de las personas con enfermedades crónicas no tiene depresión, el 30.8%(69) tiene un nivel de depresión leve, el 13.8%(31) nivel moderado, el 5.4%(12) nivel grave y el 2.7%(6) nivel severo.

5.2. Resultados inferenciales

Tabla 5.3

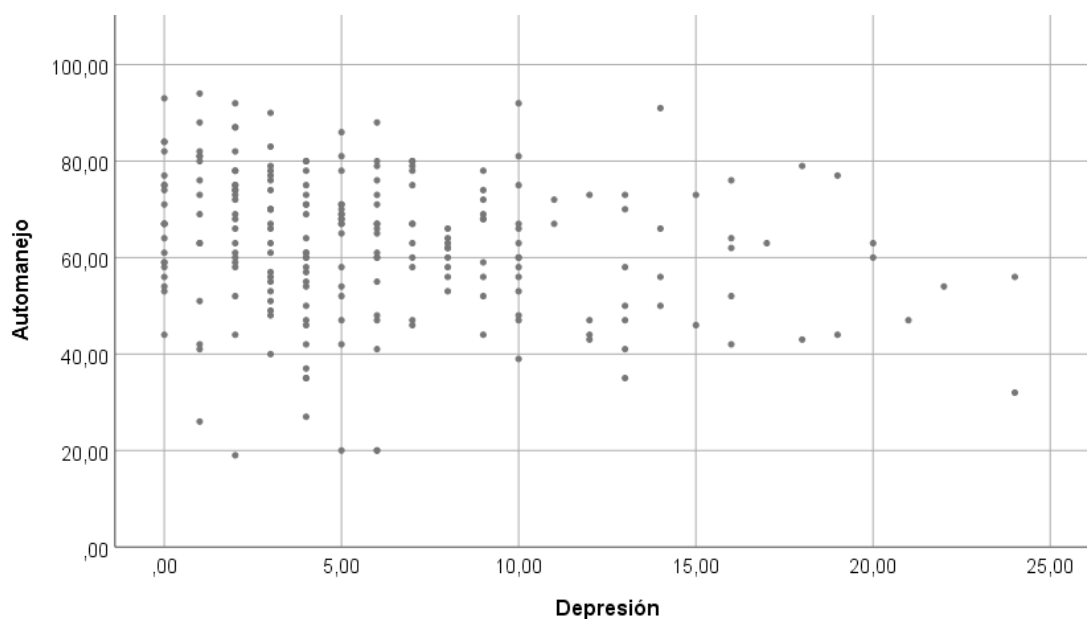
Relación entre el automanejo y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020

Rho de Spearman		Automanejo	Nivel de depresión
Automanejo	Coeficiente de correlación	1,000	-,220**
	Sig. (bilateral)	.	,001
	N	224	224
Nivel de depresión	Coeficiente de correlación	-,220**	1,000
	Sig. (bilateral)	,001	.
	N	224	224

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Gráfico 5.3

Diagrama de dispersión entre el automanejo y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020



En la tabla 5.3 se evidencia una relación estadísticamente significativa ($p=0.001 < 0.05$) entre las variables automanejo y nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

Tabla 5.4

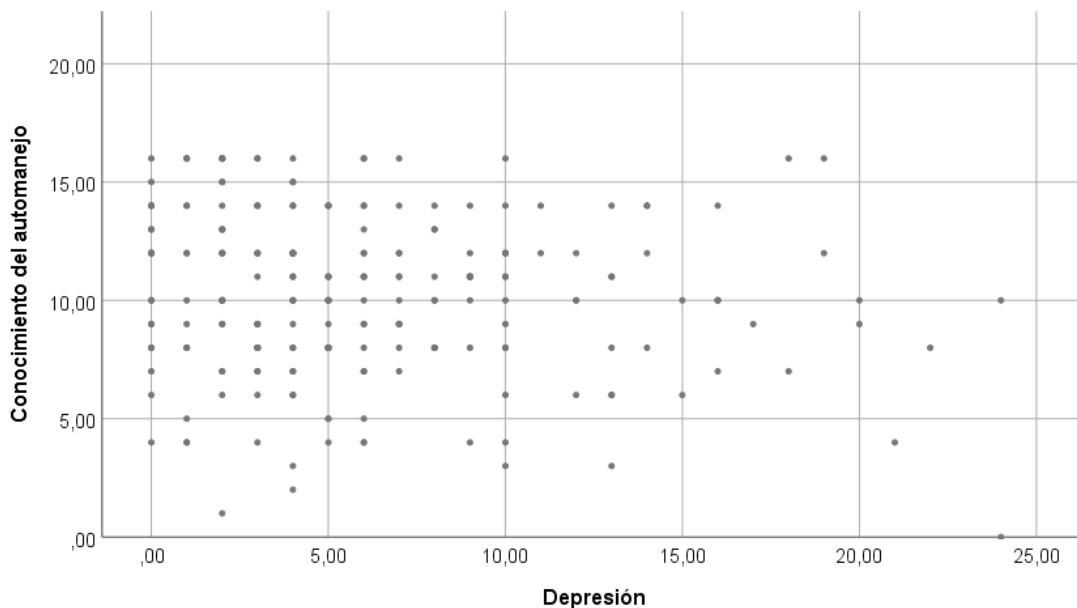
Relación entre el conocimiento del automanejo y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020

Rho de Spearman		Conocimiento del Automanejo	Nivel de depresión
Conocimiento del Automanejo	Coeficiente de correlación	1,000	-,107
	Sig. (bilateral)	.	,110
	N	224	224
Nivel de depresión	Coeficiente de correlación	-,107	1,000
	Sig. (bilateral)	,110	.
	N	224	224

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Gráfico 5.4

Diagrama de dispersión entre el conocimiento del automanejo y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020



En la tabla 5.4 no se evidencia una relación estadísticamente significativa ($p=0.110>0.05$) entre la dimensión conocimiento del automanejo y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

Tabla 5.5

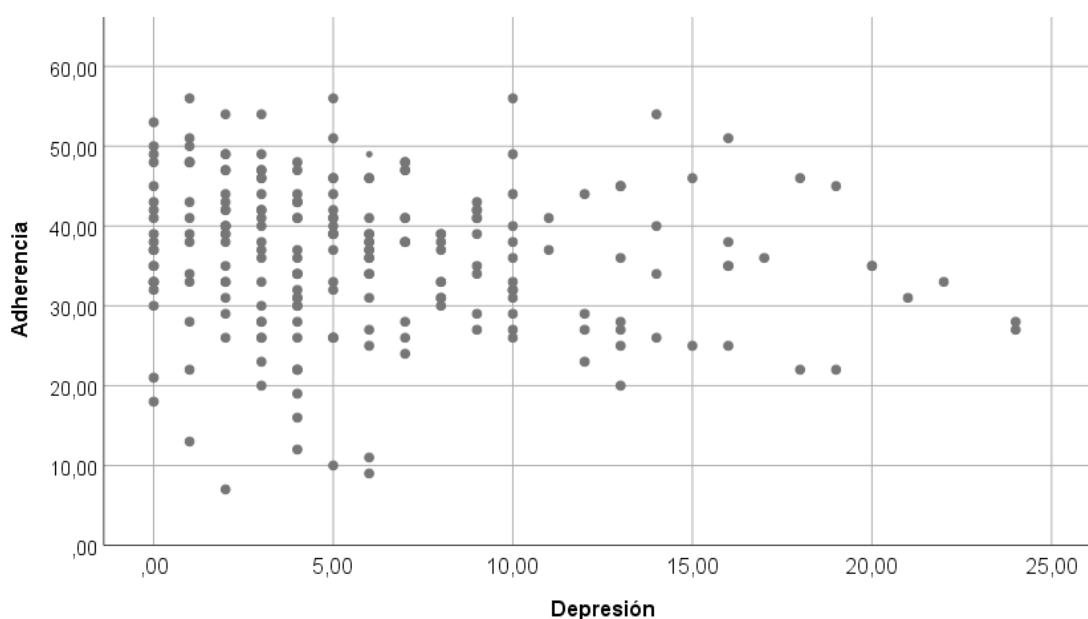
Relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020

Rho de Spearman		Adherencia al tratamiento	Nivel de depresión
Adherencia al tratamiento	Coeficiente de correlación	1,000	-,162*
	Sig. (bilateral)	.	,015
	N	224	224
Nivel de depresión	Coeficiente de correlación	-,162*	1,000
	Sig. (bilateral)	,015	.
	N	224	224

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Gráfico 5.5

Diagrama de dispersión entre la adherencia al tratamiento y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020



En la tabla 5.5 se evidencia una relación estadísticamente significativa ($p=0.015<0.05$) entre la dimensión adherencia al tratamiento y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

Tabla 5.6

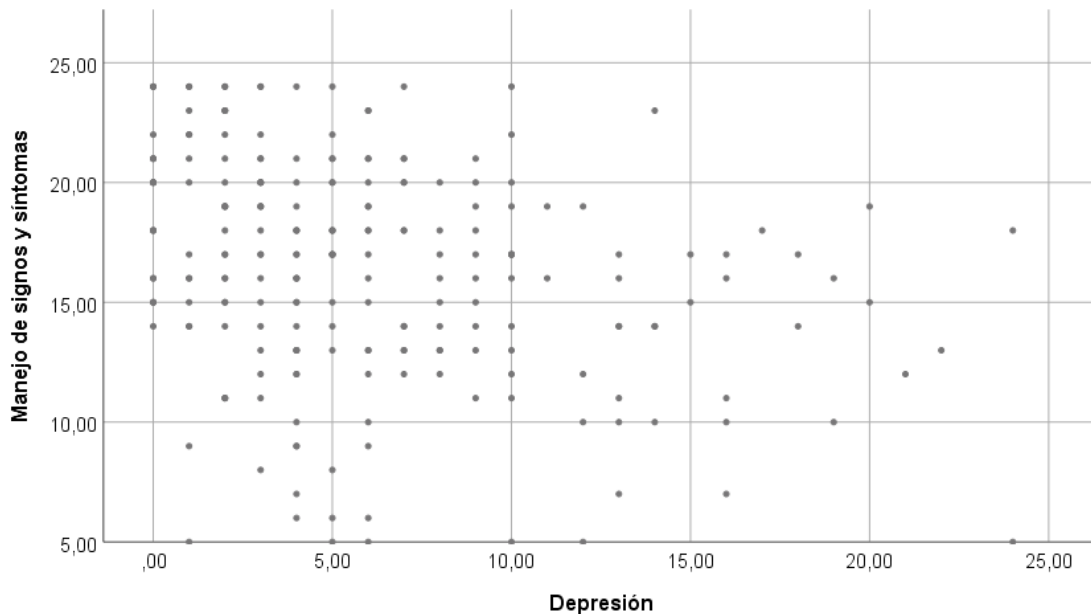
Relación entre el manejo de signos y síntomas y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020

Rho de Spearman		manejo de signos y síntomas	Nivel de depresión
manejo de signos y síntomas	Coeficiente de correlación	1,000	-,309**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	224	224
Nivel de depresión	Coeficiente de correlación	-,309**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	224	224

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Gráfico 5.6

Diagrama de dispersión entre el manejo de signos y síntomas y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020



En la tabla 5.6 se evidencia una relación estadísticamente significativa ($p=0.000 < .05$) entre la dimensión manejo de signos y síntomas y el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

VI. DISCUSIÓN

6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.

Hipótesis General:

Hi: Existe una relación significativa entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

H₀= No existe una relación significativa entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

En la tabla N° 5.3, en la aplicación de la prueba paramétrica de Spearman se obtuvo un $r=-0.220$, con una significancia $p=0.001$ inferior al $\alpha=0.05$; por lo que se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis de investigación (H_i), afirmando que existe una relación significativa entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

Estos resultados son similares a los hallados por De León Ramírez, et al, en el año 2020, quien demostró la relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el automanejo con un $r=-0.308$ y $p=0.000<0.05$; confirmando que la sintomatología depresiva se relaciona con el automanejo de la enfermedad, de forma que, con un mejor automanejo se reduce la sintomatología de depresión ⁽¹⁸⁾.

Así mismo, se confirma lo señalado en el estudio del Instituto Nacional del Perú en el 2019, que puso en evidencia el nivel de comorbilidad entre las enfermedades crónicas y los síntomas y trastornos depresivos. ⁽²³⁾

Por lo tanto, se confirma que ambas variables se afectan mutuamente.

Hipótesis Específicas:

Hipótesis específicas 1

H₁: El automanejo es bajo en las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020.

H₀: El automanejo es alto en las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020.

Los resultados evidenciados en la tabla 5.1 muestran que en su mayoría (35.3%) las personas con enfermedades crónicas tiene un bajo automanejo de su enfermedad; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nulas y se acepta la hipótesis específica número uno; lo que demuestra la necesidad de sumar esfuerzos a nivel multidisciplinario y trabajar en favor de elevar el afrontamiento de los pacientes y elevar su automanejo, colaborando con su pronta recuperación.

Hipótesis específicas 2

H₂: El nivel de depresión es de moderado a grave en las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020.

H₀: El nivel de depresión es leve en las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020.

En los resultados de la tabla 5.2, casi la mitad (47.3%) de las personas con enfermedades crónicas no tiene depresión y menos de un tercio (30.8%) tienen depresión leve; ya que solo el 21.9% presentó depresión de moderado a severo, se acepta la hipótesis nula y se afirma que el nivel de depresión es principalmente leve y la mayoría ha superado este trastorno, aunque no todos.

Hipótesis específicas 3

H₁: Existe una relación significativa entre el conocimiento del automanejo y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

H₀: No existe una relación significativa entre el conocimiento del automanejo y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

En la tabla N° 5.4, en la aplicación de la prueba paramétrica de Spearman se obtuvo un $r=-0.107$, con una significancia $p=0.110$ inferior al $\alpha=0.05$; por lo que se acepta la hipótesis nula la hipótesis nula (H₀) y se rechaza la hipótesis de investigación (H₁). Por lo tanto, no hay suficiente evidencia estadística que permita demostrar la relación entre el conocimiento del automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

Estos resultados contrastan opuestamente con los hallazgos obtenidos por De León Ramírez, et al, en el año 2020, quien sí encontró evidencia estadística significativa de la relación entre la sintomatología depresiva y la dimensión conocimiento del automanejo con un $r= -0.195$ y $p=0.005<0.05$; de forma que, con un mayor conocimiento sobre el automanejo se reduce la sintomatología de depresión ⁽¹⁸⁾. Sin embargo, esto no se pudo demostrar para la población de este estudio.

Hipótesis específicas 4

H₂: Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

H₀: No existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

En la tabla N° 5.5, en la aplicación de la prueba paramétrica de Spearman se obtuvo un $r = -0.162$, con una significancia $p = 0.015$ inferior al $\alpha = 0.05$; por lo que se rechaza la hipótesis nula la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis de investigación (H₂). Por lo cual se demuestra que existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

Por su parte, De León Ramírez, et al, en el año 2020, también halló resultados similares entre la sintomatología depresiva y la dimensión adherencia, con un $r = -0.161$ y $p = 0.021 < 0.05$; de forma que, con una mejor adherencia se reduce la sintomatología de la depresión ⁽¹⁸⁾.

Hipótesis específicas 5

H₃: Existe una relación significativa entre el manejo de signos y síntomas y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

H₀: Existe una relación significativa entre el manejo de signos y síntomas y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.

En la tabla N° 5.6, en la aplicación de la prueba paramétrica de Pearson se obtuvo un $r = -0.309$, con una significancia $p = 0.000$ inferior al $\alpha = 0.05$; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, afirmando que existe una relación significativa entre el manejo de signos y síntomas y el

trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

Así mismo, De León Ramírez, et al, en el año 2020, obtuvo una correlación significativa entre la sintomatología depresiva y la dimensión manejo de signos y síntomas, con un $r = -0.444$ y $p = 0.000 < 0.05$; con ello se demuestra que con un mejor manejo de los signos y síntomas se reduce la sintomatología de la depresión ⁽¹⁸⁾.

6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

Entre los resultados más significativos de la población estudiada, el 67.9% es adulto mayor (de 60 años a más), y considerando que, en los estudios de García, et al, en el 2017 y De León Ramírez, et al, en el 2020 el promedio de edad fue de 58 años, es evidente que estas afecciones crónicas se presentan principalmente en poblaciones de edades avanzadas. El 64.7% ha sido diagnosticado solo con una enfermedad y más de un tercio (35.3%) con más de una patología, entre las que enfermedades de mayor prevalencia se encuentran la hipertensión (39.3%), la diabetes (32.1%) y otras (artritis y asma) 27.2%.

Respecto al automanejo de la enfermedad, la puntuación media fue de 62.9, en cuanto al índice general del automanejo las puntuaciones cercanas a 100 indican un adecuado automanejo de la enfermedad. Estudios previos, como los de María Isabel Peñarrieta de Córdova, et al, en el año 2015, en dos estudios diferentes, obtuvo un índice general en pacientes crónicos de 69 a nivel hospitalario y de 66 en centros de salud, develan resultados similares; sin embargo, en investigaciones más actuales, las puntuaciones promedio fueron superiores a 75; por ejemplo, Gabriela Maldonado Guzmán, et al, en el año 2017, halló un índice general del automanejo de las enfermedades crónicas adecuado con una media de 78.82, similar al De León Ramírez, et al, en el año 2020 quien obtuvo una media de 79.

Al clasificar en niveles el automanejo, se denotó que el 35.3%(79) de los pacientes crónicos tienen un bajo automanejo, el 32.6%(73) un automanejo alto

y el 32.1% (72) un automanejo medio. En contraposición, Juana Mar García, et al, en México en el año 2017 más de la mitad (60%) tuvo un adecuado automanejo, el 20% parcialmente adecuado y otro 20% inadecuado; sin embargo, el automanejo fue predominantemente regular para Márquez Yanqui, Tania V (2018) y Mirtha del Carmen Ipanaque Rubio, Gabriela Sheila Rodríguez Untiveros (2019), con una tendencia a deficiente para la primera y con una tendencia a alto para las siguientes, éstas últimas con un automanejo adecuado en el 26%.

En cuanto a el trastorno depresivo, los resultados evidencian que el 47.3%(106) de las personas con enfermedades crónicas no tiene depresión, el 30.8%(69) tiene un nivel de depresión leve, el 13.8%(31) nivel moderado, el 5.4%(12) nivel grave y el 2.7%(6) nivel severo. Con más del 52% de personas con trastorno depresivo, los resultados de este estudio son superiores a los del autor De León Ramírez, et al, en el año 2020, donde más de la una tercera parte (39%) presentó trastorno depresivo.

Finalmente, los resultados hallados sobre el automanejo y el trastorno depresivo evidencian la necesidad de mejoras y confirman el deficiente manejo de estas enfermedades en los establecimientos de salud considerados para en este estudio. Según Gabriela Maldonado Guzmán, et al, en el año 2017, el automanejo y el apoyo social percibido se encuentran relacionados ($r=184$ $p=.010$); así mismo, Mirtha del Carmen Ipanaque Rubio, Gabriela Sheila Rodríguez Untiveros, en el año 2019, halló una relación directamente proporcional moderada ($r=0.509$; $p=0.00$) ($Rho=0.509$) entre las variables Automanejo y Funcionalidad Familiar.

Por lo tanto, se demanda un mayor apoyo los pacientes con afección crónica desde los profesionales de salud y la familia. Para lo cual, como ya mencionaba David Malibrán Luque, et al, en el año 2020, la implementación de un programa mejoraría los resultados en variables emocionales, comportamentales, cognitivas y de salud asociadas con el automanejo.

6.3. Responsabilidad ética.

Siguiendo los criterios bioéticos para el desarrollo de la presente investigación se consideró lo siguiente:

Autonomía: Se respetó la participación libre y voluntaria de los pacientes, con la libertad para que abandone el estudio si así lo decidiese.

Beneficencia: Los resultados obtenidos beneficiarán a los pacientes con patologías crónicas de los Centros de Salud de Comas e Independencia que participaron en este estudio, puesto que la evidencia estadística servirá de sustento para la propuesta y ejecución de estrategias que favorezcan el automanejo de los pacientes respecto a su enfermedad, y se fortalezca su salud mental en su entorno familiar y social.

No maleficencia: los pacientes no fueron sometidos a ningún tipo de riesgo o daños durante la ejecución de la investigación.

Justicia: todos los participantes considerados como población de estudio tuvieron la misma oportunidad de estar involucrados en la investigación sin ningún tipo de distinción.

CONCLUSIONES

1. El automanejo de las personas con enfermedades crónicas en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte, fue bajo en el 35.3%(79), alto en el 32.6%(73) y medio en el 32.1% (72); por lo que, es necesario favorecer profesionalmente el automanejo en más del 65% en los pacientes crónicos.
2. Se identificó trastorno depresivo en el 52.7% de las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte, el 30.8%(69) en un nivel leve, el 13.8%(31) moderado, el 5.4%(12) grave y el 2.7%(6) severo; sin embargo, un 47.3%(106) no presentó depresión según este estudio.
3. Se demostró la relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el automanejo con un $r=-0.308$ y $p=0.000<0.05$; confirmando que la sintomatología depresiva se relaciona con el automanejo de la enfermedad, de forma que, con un mejor automanejo se reduce la sintomatología de depresión. Por lo tanto, es relevante el compromiso del personal de salud y la familia para favorecer y llevar adecuadamente el automanejo.
4. Se halló evidencia estadística significativa ($r=-0.107$, $p=0.110<0.05$) de la relación entre el conocimiento del automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.
5. Se halló evidencia estadística significativa ($r=-0.162$, $p=0.015<0.05$) de la relación entre la adherencia al tratamiento y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.
6. Se halló evidencia estadística significativa ($r=-0.309$, $p=0.000<0.05$) de la relación entre el manejo de signos y el trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades competentes de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Norte, fortalecer el primer nivel de atención en materia de salud mental comunitaria a través de la asistencia técnica, supervisión y capacitación en el personal de salud multidisciplinario, las cuales permitan enfocar acciones de evaluación y seguimiento permanente en la población con enfermedades crónicas, especialmente en los más vulnerables.
2. A los directores de los Centros de Salud de Comas e Independencia, implementar un programa de automanejo multidisciplinario que permita la adopción de comportamiento y acciones en favor del autocuidado de los pacientes a través de la educación en salud, para un envejecimiento controlado y saludable.
3. A los profesionales de enfermería, establecer estrategias que permitan mejorar la vigilancia y el seguimiento de los pacientes crónicos en cuanto a la adaptación del tratamiento y sus dificultades; así mismo, incentivar a la familia en el trabajo conjunto por el bienestar y la independencia del paciente.
4. A los pacientes con enfermedades crónicas, confiar en el equipo de salud, empoderarse e involucrarse en la toma de acción sobre sí mismo, empleando todas las herramientas que le proporciona el personal de salud para su bienestar a través de la adopción de hábitos más saludables.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Iglesias Fernández MN. Dificultad en los cuidados de las personas con enfermedades crónicas. Revista Prisma Social [Internet]. 2021 ene; (32): 446-475. Disponible en: <https://revistaprismasocial.es/article/view/4081>
3. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
4. Grady PA, Gough LL. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2015; 37(3):187–194. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9181>
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2020 ene [Internet]. Disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression
6. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: OMS, OPS; 2017. p.8. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud, op. cit. 3
8. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V y Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. PubMed [Internet]. 2007 sep; 370(9590): 851-858. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17826170/>
9. Organización Panamericana de la Salud, op. cit. 3

10. Montalvo Prieto AA, Cabrera Nanclares B, Quiñones Arrieta S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. Aquichan [Internet]. 2012 ago; 12(2):134-143. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2120>
11. De León Ramírez MS, Peñarrieta de Córdova MI, León Hernández R, Gutiérrez Gómez T, Piñones Martínez MS, Quintero Valle LM. Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2020 ene-mar; 17(1):5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000100005
12. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú 2018. Lima: Ministerio de Salud; 2018. p.16. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
13. Ministerio de Salud. Los trastornos mentales más comunes que afectan a los pacientes con cáncer. *Boletín epidemiológico*. 2019. p.3. Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2019/BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO-FEBRERO_2019.pdf
14. Ministerio de Salud. Campaña de Salud Mental en el distrito de Comas [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.dirislimanorte.gob.pe/campana-de-salud-mental-en-el-distrito-de-comas/>
15. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública Méx* [Internet]. 2013 feb [citado 2021 mayo 01]; 55(1):74-80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es
16. Grady PA, Gough LL, Op. cit.4
17. Peñarrieta de Córdova MI, Reyes G, Krederdt S, Flores F, Redendiz E, Chávez Flores E. Automanejo de enfermedades crónicas: diabetes mellitus

- tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2015; (4):43-56. Disponible en: http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo_en_enfermedades_cronicas2.pdf
18. De León Ramírez MS, et.al, Op. Cit. 11
 19. Malibrán Luque D, León Hernández RC, Gutiérrez Gómez T, Peñarrieta de Córdova MI, Rodríguez Pérez AC. “tomando control de tu salud” una estrategia de automanejo para enfermedades crónicas en el adulto mayor. Ciencia Huasteca [Internet]. 2020 jul; 8(16):52-56. Disponible en: <http://reddeautomanejo.com/assets/art%c3%adculo-tomando-control-20202.pdf>
 20. León-Hernández, R.C., Peñarrieta-de Córdova, M.I., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Flores-Barrios, F., Rivera, M.C., Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas. Enfermería Universitaria [Internet]. 2019; 16(2):128-137. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358760304004>
 21. Maldonado Guzmán G, León Hernández R, Banda González OL, Carbajal Mata FE, Peñarrieta De Cordova I, Ibarra González CP. Automanejo y apoyo social en personas con cronicidad. Rev Nure Inv [internet]. 2018 abr-may [citado 3 abr 2021]; 16(99). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1608>
 22. Mar García J, Peñarrieta de Córdova I, León Hernández R., Gutiérrez Gómez T, Banda González O, Rangel Torres S, et al. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. Enferm. univ [Internet]. 2017 Sep [citado 02 abril 2021]; 14(3):155-161. Disponible en: doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005.
 23. Escudero Briones AP. Automanejo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles [tesis maestría]. Piura: Universidad César Vallejo, Escuela de posgrado; 2022. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/79854/Escudero_BAP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. Huaman Silva LR, Perez Chuchon LI. Automanejo del paciente diabético atendido en el consultorio externo del Centro de Salud Chincha Baja, diciembre 2020 [tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/988>
25. Marchan Timoteo KC. Automanejo de emociones en adultos mayores con enfermedades crónicas en la Asociación calle La Estrella de Los Olivos – 2020 [tesis de grado]. Lima: Universidad César Vallejo, Escuela Profesional de Enfermería; 2020. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75486/Marchan_TKC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Ipanaque Rubio MdC, Rodríguez Untiveros GS. Automanejo y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de diabetes del servicio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante los meses de septiembre a diciembre – 2018. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2774/TESIS%20Ipanaqu%C3%A9%20Mirtha%20-%20Rodr%C3%ADguez%20Gabriela.pdf?sequence=1>.
27. Márquez Yanqui TV. Automanejo de Diabetes Mellitus Tipo II en pacientes que acuden al programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Mi Perú – Callao, 2018. Lima: Universidad César Vallejo; 2018 [citado el 30 mar 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/18083?locale-attribute=en>
28. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de medicina geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2 ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p.202

29. OMS, OPS. El modelo de cuidados Crónicos. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8502:2013-the-chronic-care-model&Itemid=1353&lang=es
30. OPS. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS; 2013. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>.
31. Barceló A. Modelo de cuidados crónicos [presentación]. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/10386985/>
32. Grady PA, Gough LL. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. Rev Panam Salud Publica. 2014; 37(3):187-194. Disponible: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/187-194> doi: 10.2105/AJPH.2014.302041.
33. Barrionuevo E, Padrones ME. Unidad temática 6: automanejo. Disponible en: <https://bahia.gob.ar/subidos/salud/concursos/bibliografia-nutricionista/12-%20MAPEC-%203-Apoyo%20al%20automanejo.pdf>
34. Lawn S, Battersby M, Harvey P, Pols R, Ackland A. A behavioural therapy approach to self-management: the Flinders Program. Diabetes voice: bulletin of the International Diabetes Federation. 2009; 54(Special): 30-32.
35. Peñarrieta de Córdova MI, León Hernández RC. El automanejo en personas con enfermedades crónicas: el caso de México y Perú. Ciudad de México: Universidad Autónoma de Tamaulipas; 2018. p21-22.
36. Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs Outlook. 2009; 57: 217-225. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>.

37. Bonal Ruiz R, Cascaret Soto X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. MEDISAN 2009;13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san18109.htm
38. Peñarrieta de Córdova MI, León Hernández RC. El automanejo en personas con enfermedades crónicas: el caso de México y Perú. Ciudad de México: Universidad Autónoma de Tamaulipas; 2018. p.59-60.
39. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Depresión. 2017 [consultado 11 mar 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
40. Asociación Americana de Psicología. Superando la depresión [web]. Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos-depresivos.pdf>
41. Ministerio de Salud. Guía técnica: Guía de Práctica Clínica en Depresión. 1° ed. Lima: Minsa, Dirección de Salud Mental; 2008. p.6. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf
42. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington DC; 1994.
43. Ministerio de Salud. Op. cit. 41, p.9.
44. Dhingra et al. PHQ-8 Days: a measurement option for DSM-5 Major Depressive Disorder (MDD) severity. Population Health Metrics. 2011; 9:11. Disponible en: <http://www.pophealthmetrics.com/content/9/1/1>, doi:10.1186/1478-7954-9-11

ANEXO

- Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Método
<p>1.2.1. Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el automanejo y el trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?</p> <p>1.2.2. Problemas específicos</p> <p>¿Cómo es el automanejo en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento del automanejo y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de</p>	<p>1.3.1. Objetivo General:</p> <p>Determinar la relación que existe entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.</p> <p>1.3.2. Objetivos específicos</p> <p>Identificar el automanejo las personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.</p> <p>Identificar el nivel de depresión en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020</p> <p>Establecer la relación que existe entre el conocimiento del automanejo y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e</p>	<p>General:</p> <p>Hi: Existe una relación significativa entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas usuarios de los centros de salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte 2020.</p> <p>Específicas:</p> <p>H1: Existe una relación significativa entre el conocimiento del automanejo y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020</p> <p>H2: Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020</p>	<p>Variable 1: Automanejo</p> <p>Variable 2: Trastorno Depresivo</p>	<p>Tipo y diseño de la investigación Estudio cuantitativo prospectivo transversal.</p> <p>Método: Tipo de estudio: transversal correlacional Nivel: Aplicativo Tiempo: Prospectivo Corte: Transversal</p> <p>Población, muestra y muestreo 224 usuarios diagnosticados como pacientes crónicos que reciben atención en los centros de salud de la DIRIS Lima Norte (comas e independencia). muestra de tipo censal</p> <p>Técnicas e instrumentos</p>

<p>Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el manejo de signos y síntomas y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte - 2020?</p>	<p>Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.</p> <p>Establecer la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el manejo de signos y síntomas y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020.</p>	<p>H3: Existe una relación significativa entre el manejo de signos y síntomas y el trastorno depresivo personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los Centros de Salud de Comas e Independencia de la Diris Lima Norte – 2020</p>	<p>Automanejo: técnica la encuesta Instrumento el cuestionario "The Partners in Health Scale (PIH)</p> <p>Trastorno depresivo: técnica la encuesta Instrumento Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8)</p>
---	---	---	---

- Instrumentos de recolección de datos

The Partners in Health Scale (PIH)

1.	En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es:									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
2.	En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es :									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
3.	Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
4.	Le comparte a su médico o trabajador de salud sobre aspectos que usted decide en sus cuidados de su enfermedad, como tomar tes o recibir terapias alternativas									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
5.	Es capaz de solicitarle al médico o trabajador de salud algunos aspectos que considere deben cambiar en su tratamiento o incorporar algunas cosas que a usted le gustaría, como cambiar las medicinas, interconsultas, etc.									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
6.	Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
7.	Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo):									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
8.	Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
9.	Puede manejar los efectos secundarios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, las tareas del hogar):									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
10.	Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud.									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
11.	Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud.									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		
12.	En general, lleva un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés):									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Muy poco			Algo				Mucho		

Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
1. ¿Sintió tener poco interés o placer en hacer las cosas?				
2. ¿Se sintió desanimado, deprimido, o sin esperanza?				
3. ¿Tuvo problemas para dormir o durmió demasiado?				
4. ¿Se sintió cansado o con poca energía?				
5. ¿Sintió tener poco o demasiado apetito?				
6. ¿Se sintió mal consigo mismo, pensó que usted es un fracaso – o que le ha fallado a su familia?				
7. ¿Tuvo dificultad en concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión?				
8. ¿Notó que se movía tan lentamente o hablaba tan despacio que las otras personas pudieran haberlo notado, o lo contrario—estuvo inquieto(a) o impaciente y se movió mucho más de lo usual?				

- Otros Anexos

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	< 60 años	71	31,7	31,8	31,8
	De 60 a más años	152	67,9	68,2	100,0
	Total	223	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,4		
Total		224	100,0		

LA PRIMER ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DIABETES	72	32,1	32,1	32,1
	HIPERTENSION	88	39,3	39,3	71,4
	CANCER	1	,4	,4	71,9
	OBESIDAD	2	,9	,9	72,8
	OTRA (ARTITRIS, ASMA)	61	27,2	27,2	100,0
	Total	224	100,0	100,0	

MAS DE UNA ENFERMEDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	UNA ENFERMEDAD	145	64,7	64,7	64,7
	MAS DE UNA	79	35,3	35,3	100,0
	Total	224	100,0	100,0	

AUTOMANEJO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	19,00	1	,4	,4	,4
	20,00	3	1,3	1,3	1,8
	26,00	1	,4	,4	2,2
	27,00	1	,4	,4	2,7
	32,00	1	,4	,4	3,1
	35,00	3	1,3	1,3	4,5
	37,00	1	,4	,4	4,9
	39,00	1	,4	,4	5,4
	40,00	1	,4	,4	5,8
	41,00	3	1,3	1,3	7,1
	42,00	4	1,8	1,8	8,9
	43,00	2	,9	,9	9,8
	44,00	5	2,2	2,2	12,1
	46,00	3	1,3	1,3	13,4
	47,00	8	3,6	3,6	17,0
	48,00	3	1,3	1,3	18,3
	49,00	1	,4	,4	18,8
	50,00	3	1,3	1,3	20,1
	51,00	2	,9	,9	21,0
	52,00	4	1,8	1,8	22,8
	53,00	4	1,8	1,8	24,6
	54,00	4	1,8	1,8	26,3
	55,00	3	1,3	1,3	27,7
	56,00	7	3,1	3,1	30,8
	57,00	2	,9	,9	31,7
	58,00	8	3,6	3,6	35,3
	59,00	4	1,8	1,8	37,1
	60,00	10	4,5	4,5	41,5
	61,00	6	2,7	2,7	44,2
	62,00	3	1,3	1,3	45,5
	63,00	9	4,0	4,0	49,6
	64,00	4	1,8	1,8	51,3
	65,00	2	,9	,9	52,2
	66,00	6	2,7	2,7	54,9
	67,00	12	5,4	5,4	60,3
	68,00	5	2,2	2,2	62,5
69,00	6	2,7	2,7	65,2	
70,00	5	2,2	2,2	67,4	
71,00	6	2,7	2,7	70,1	
72,00	3	1,3	1,3	71,4	
73,00	7	3,1	3,1	74,6	
74,00	5	2,2	2,2	76,8	
75,00	7	3,1	3,1	79,9	
76,00	4	1,8	1,8	81,7	
77,00	3	1,3	1,3	83,0	
78,00	7	3,1	3,1	86,2	
79,00	4	1,8	1,8	87,9	
80,00	6	2,7	2,7	90,6	
81,00	4	1,8	1,8	92,4	
82,00	3	1,3	1,3	93,8	
83,00	1	,4	,4	94,2	
84,00	2	,9	,9	95,1	
86,00	1	,4	,4	95,5	
87,00	2	,9	,9	96,4	
88,00	2	,9	,9	97,3	
90,00	1	,4	,4	97,8	

91,00	1	,4	,4	98,2
92,00	2	,9	,9	99,1
93,00	1	,4	,4	99,6
94,00	1	,4	,4	100,0
Total	224	100,0	100,0	

TRANSTORNO DEPRESIVO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	21	9,4	9,4	9,4
	1,00	15	6,7	6,7	16,1
	2,00	23	10,3	10,3	26,3
	3,00	22	9,8	9,8	36,2
	4,00	25	11,2	11,2	47,3
	5,00	19	8,5	8,5	55,8
	6,00	19	8,5	8,5	64,3
	7,00	12	5,4	5,4	69,6
	8,00	9	4,0	4,0	73,7
	9,00	10	4,5	4,5	78,1
	10,00	14	6,3	6,3	84,4
	11,00	2	,9	,9	85,3
	12,00	4	1,8	1,8	87,1
	13,00	7	3,1	3,1	90,2
	14,00	4	1,8	1,8	92,0
	15,00	2	,9	,9	92,9
	16,00	5	2,2	2,2	95,1
	17,00	1	,4	,4	95,5
	18,00	2	,9	,9	96,4
	19,00	2	,9	,9	97,3
	20,00	2	,9	,9	98,2
	21,00	1	,4	,4	98,7
	22,00	1	,4	,4	99,1
	24,00	2	,9	,9	100,0
	Total	224	100,0	100,0	

Estadísticos

		VARIABLE 1 TRASTORNO DEPRESIVO	VARIABLE 2 AUTOMANEJO
N	Válido	224	224
	Perdidos	0	0
Media		6,1205	62,9063
Moda		4,00	67,00
Mínimo		,00	19,00
Máximo		24,00	94,00

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Trastorno depresivo	CTO	ADHER	SS	AMGLOBAL
N		224	224	224	224	224
Parámetros normales ^{a,b}	Media	6,1205	10,2411	36,3125	16,3527	62,9063
	Desv. Desviación	5,14269	3,41126	9,36507	4,60315	14,80320
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,152	,081	,063	,083	,060
	Positivo	,152	,061	,034	,048	,036
	Negativo	-,117	-,081	-,063	-,083	-,060
Estadístico de prueba		,152	,081	,063	,083	,060
Sig. asintótica(bilateral)		,000 ^c	,001 ^c	,033 ^c	,001 ^c	,046 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.