



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA
SALUD
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO BARILOCHE

Estrategias de intervención que realiza enfermería en población femenina adulta con síntomas de depresión en la ciudad de San Carlos de Bariloche

Autor: Terreni Adriana Carina

Director de Tesis: Lic. Federico Juan Manuel Zorzoli

Lugar de Trabajo: San Carlos de Bariloche

Tesis para Optar por el Título de Licenciado en Enfermería

Febrero 2019

AGRADECIMIENTOS

Durante los años dedicados a esta investigación, muchas han sido las personas que han influido de alguna forma en ella. Es mi deseo agradecer a todas su apoyo, colaboración y entusiasmo.

A mi director de tesis por darme el apoyo, orientación y aportaciones necesarias para la elaboración de la investigación. Además, quiero destacar y manifestar mi agradecimiento y profunda admiración.

También quiero agradecer al Hospital Zonal Ramón Carrillo Área Programa Bariloche por brindarme las autorizaciones que fueron necesarias para llevar a cabo el proceso de investigación.

Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas, proyectos y esfuerzos previos que corresponden a otras personas. En este caso mi más sincero agradecimiento a la Dra. Gilda Garibotti, por su amabilidad para facilitarme la participación del estudio de investigación de depresión, su tiempo y sus ideas.

Por su orientación y atención a mis consultas a la Lic. Pérez Vanesa, Prandi Dana y las Enfermeras Ormeño Natalia Y Basilia Alvarado por los aportes brindados.

A los enfermeros/as que han participado en el estudio y que han hecho posible esta investigación.

Por último, quiero agradecer a todos mis compañeros y a mi familia, por apoyarme aun cuando mis ánimos decaían. En especial, quiero hacer mención a mi esposo e hijos, que siempre estuvieron ahí para darme palabras de apoyo y un abrazo reconfortante para renovar energías.

ÍNDICE	
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	9
HIPÓTESIS.....	9
MARCO TEÓRICO.....	10
MATERIALES Y MÉTODOS.....	31
ÁREA DE ESTUDIO.....	31
DETERMINAR POBLACIÓN DE MUESTRA.....	31
RECOPIACIÓN DE DATOS.....	32
RELEVAMIENTO DE DATOS.....	33
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIÓN.....	43
PLAN DE MEJORA.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	49

RESUMEN

Introducción: Los profesionales de enfermería son capaces de brindar cuidados desde los diferentes roles que asumen en el sistema de salud aplicando estrategias de intervención en la atención a mujeres con síntomas depresivos.

Objetivo: indagar y describir cuáles son las estrategias de intervención que identifican los/as enfermeros/as en población femenina adulta que presenta síntomas depresivos en el primer nivel de atención en la ciudad de San Carlos de Bariloche.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio mixto de campo y bibliográfico, descriptivo, retrospectivo, de enfoque cuantitativo.

Resultados: Fueron realizadas 20 encuestas a enfermeros/as (sobre 30 posibles) que desempeñan su tarea asistencial en los centros de salud dependientes del sistema público de Salud (DAPA -Departamento de Actividades Programadas para el Área- Hospital Área Programada Bariloche).

Conclusión: Pese a la importancia del rol que desempeñan los/las profesionales de enfermería en el primer nivel de atención de salud, se llegó a la conclusión que éstos no identificaban la aplicación de estrategias de intervención en población adulta femenina que presenten síntomas depresivos en la ciudad de San Carlos de Bariloche 2019.

Palabras claves: Enfermería, Estrategias de intervención, Depresión, Primer Nivel de Atención, Mujeres.¹

¹ Las palabras claves se basan en el manual "DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud"

INTRODUCCIÓN

La Enfermería es una disciplina profesional holística que abarca cuidados autónomos. La misma tiene como principal función el cuidado y todas las actividades están encaminadas a la atención de los sujetos de cuidado (individuo, familia, comunidad); estos cuidados incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados², y personas moribundas. Dentro de las funciones esenciales del profesional están: la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (Consejo Internacional de Enfermeras, 2015). Los cuidados deben ir anclados al uso de las teorías y modelos propios de la disciplina que se han generado para impactar de manera positiva sobre la vida de los pacientes.

Los cuidados brindados por enfermería requieren de la aplicación de diferentes estrategias de intervención en la atención del sujeto de cuidado, que pueden ser brindados en el sistema de salud en los diferentes niveles de atención de salud (primer nivel, segundo nivel y tercer nivel). La profesión de enfermería en el ámbito de salud pública de la ciudad de San Carlos de Bariloche está inserta dentro del Hospital Zonal Área Programa Bariloche, Dr. Ramón Carrillo de complejidad VI, que presta servicios de salud en los tres niveles de atención. Estos son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población (Vignolo, 2011).

El Primer Nivel de Atención, donde se va a centrar este estudio, cuenta con dieciséis Centros de Salud distribuidos estratégicamente en los diferentes barrios cubriendo un área geográfica de 40 Km, con el propósito de brindar accesibilidad al 90% de la población al sistema de salud público; el segundo nivel de atención, presta servicios relacionados con medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general, psiquiatría e internación y el tercer nivel se

² “Desde el año 2006 en el mundo, y 2008 en Argentina se aprobó la Convención de las personas con discapacidad que actualiza el concepto hacia una perspectiva de derechos para las personas con discapacidad” ley 26.378 (Convención de los Derechos de las personas con dis, 2006). -

refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología (Hospital Zonal Bariloche, 2005).

Cerca del 20% del personal de enfermería desempeña actividades como parte del equipo interdisciplinario en el Primer Nivel de Atención del Departamento de Actividades Programadas para el Área (DAPA), el mismo se conoce informalmente como extra muro por encontrarse fuera del ámbito del Hospital Área Programa Bariloche.

La depresión es una enfermedad frecuente a nivel mundial. Se estima que más de 300 millones de personas se ven afectadas por la depresión y que anualmente se suicidan cerca de 800 mil personas, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, alrededor del 5% de la población. "La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima", señaló C.F Etienne Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sin embargo, dijo, "incluso la depresión más grave se puede superar con un tratamiento adecuado". (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

Según el Doctor Hugo Cohen, miembro del comité de expertos de la OPS/OMS y Vicepresidente de la Federación Mundial de Salud Mental, en Argentina aproximadamente 2.000.000 personas padecen depresión representando el 5% de la población. También se estima que 8 de cada 10 personas padecen un trastorno mental y no acceden al tratamiento. Según el especialista, la población que padece este trastorno y no accede a un tratamiento aumentó en el último período estudiado entre 1999 y 2013 (Diario la Nación, 2017)

En Argentina la prevalencia de algún trastorno mental es de 29,1 %, esto quiere decir que uno de cada tres personas sufre en algún trastorno de salud mental (Stagnaro, 2018)

La depresión se caracteriza por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o falta de concentración (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Es una enfermedad frecuentemente crónica y requiere un tratamiento a largo plazo. Existen diversas formas clínicas en las cuales se manifiesta la depresión, por ejemplo, la depresión melancólica, atípica y psicótica, la depresión bipolar, subtipos como depresión estacional o con predominio de síntomas somáticos, crisis de pánico, trastornos obsesivos, la depresión asociada a enfermedades físicas y pseudo demencia depresiva (Botto, Acuña, & Jiménez, 2014)

Desde el punto de vista epidemiológico la depresión predomina en el sexo femenino. Se estima que las mujeres presentan dos veces más alto el riesgo de presentar la enfermedad. Un estudio llevado a cabo en Europa demostró que la prevalencia de depresión mayor a lo largo de la vida es de un 8,9% para hombres y del 16,5% para mujeres y su incidencia está aumentando en las últimas décadas (López C, Badia R, Caballero A, Casaus S, Piñol M, & Aragonés, 2012). A la hora de explicar esta diferencia de género se atribuye la intervención de factores genéticos, neuroquímicos, hormonales y psicosociales. Este último se debe a que las mujeres se enfrentan a la doble jornada de trabajo (centro laboral y hogar), crianza de los hijos, “desventajas en la relación de pareja” (dependencia económica, obediencia a la pareja) y la existencia de prejuicios sociales que aún persisten en cuanto a la desigualdad de género (Vázquez M, 2013).

Si bien no existe información financiera sobre el costo de los trastornos mentales, se sabe que la depresión es una enfermedad incapacitante, generando un impacto económico a nivel personal, familiar y social.

La depresión interfiere en los costos de productividad ya que produce discapacidad laboral generando pérdida de ingresos tanto como para el individuo que padece la enfermedad como para el empleador. Además, es probable que un familiar tenga que asumir el papel de cuidador informal siendo propensos al ausentismo laboral. Por otro lado, la oferta de salud mental y médica genera un alto impacto económico en el sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Debido a que esta patología puede ser recurrente o duradera puede deteriorar la capacidad de las personas de desempeñar sus labores cotidianas como trabajar, estudiar o enfrentar la vida diaria (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En la ciudad de San Carlos de Bariloche, el Centro Regional Universitario Bariloche dependiente de la Universidad Nacional del COMAHUE a través de docentes, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería conjuntamente con el Centro Neurociencias Aplicadas (NEA) llevaron a cabo un estudio sobre ésta temática obteniendo como resultado una prevalencia de 5.7 % sobre la población general; se entrevistaron 299 sobre una población de 70.036 (Censo 2010) personas entre 18 y 65 años de edad, indagando sobre estos síntomas con aspectos sociodemográficos y el grado de utilización de los servicios de salud locales, este estudio arrojó que los barilochenses podrían estar sufriendo episodios depresivos y que esta enfermedad afecta 3.4 % de hombres y un 7,8 % a mujeres y que sólo el 47.1 % consultó a un profesional. Las entrevistas se realizaron en una muestra representativa de hogares de la ciudad, la misma fue anónima y presento preguntas sociodemográficas (género, edad, estado civil, nivel de educación, y ocupación) y si el encuestado habría visitado en el último tiempo a un profesional, esto le permitió contar con información que para comprender la magnitud de la problemática a nivel local.

El propósito de esta investigación es conocer qué estrategias implementan los/as enfermeros/as que desarrollan su actividad asistencial en los centros de salud dependientes del Hospital Zonal Bariloche con mujeres con síntomas depresivos durante el mes de febrero a junio del año 2018.

OBJETIVO GENERAL

Indagar cuáles son las estrategias de intervención que identifica el personal de enfermería en el Primer Nivel de Atención de Salud en mujeres con síntomas depresivos en San Carlos de Bariloche en el período comprendido entre febrero y junio del año 2018.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

Identificar y describir las estrategias de intervención que utilizan los enfermeros/as en el Primer Nivel de Atención en salud en mujeres con síntomas depresivos, en San Carlos de Bariloche en el período comprendido entre febrero y junio del año 2018.

HIPÓTESIS

El personal de enfermería del Primer Nivel de Atención en el Sistema de Salud Pública no identifica estrategias de intervención en mujeres adultas con síntomas depresivos en la ciudad de San Carlos de Bariloche entre febrero y junio del año 2018.

MARCO TEÓRICO

Enfermería y su historia

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Ha atravesado numerosas etapas a lo largo de la historia.

A principios del siglo 20 la enfermería no era ni disciplina ni una profesión, sin embargo, los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas, no ha sido una tarea fácil para las pioneras enfermeras que aportaron diversas causas y desafíos para la salud de las personas como para el desarrollo de la enfermería. Estas pioneras o líderes presentaron diferentes perspectivas sobre la ciencia enfermera, entre ellos marcos conceptuales que fueron precursores de la etapa del desarrollo de teorías que trasladó a la enfermería hacia el objetivo de los conocimientos enfermeros para la guía práctica, fue entonces en esa época que las diferentes teóricas comenzaron a publicar sus trabajos, estos aportes se iniciaron: con la teórica Florence Nightingale en 1859 que comenzó esta revolución; fue una enfermera que estudió en el Instituto de las Diaconisas de Kaiserswerth y participó en la guerra de Crimea dando cuidado a los soldados, siendo ahí donde comenzó a observar y a gestar su teoría. Nightingale comenzó a darse cuenta de que la relación del enfermo con el entorno era muy importante fue entonces que denominó “teoría del entorno”, esta teoría se clasifica en la tendencia naturalista; luego de un siglo de estos aportes la documentación se enriqueció a partir de las publicaciones de Virginia Henderson (1948) sus contribuciones incluyen la definición de enfermería, la determinación de las funciones autónomas y su modelo se basó en las 14 necesidades humanas con una tendencia de suplencia y ayuda. Luego Hildegard Peplau (1952) desarrolló su teoría en base a las relaciones enfermera- paciente denominada la misma como “Teoría de las relaciones interpersonales” este modelo se ubica en la tendencia de interrelación, Dorothy E. Johnson (1958) realiza una propuesta sobre el funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad planteando el modelo del “sistema conductual” y se ubica en la tendencia de sistema. Conector, por ejemplo, En el caso de Myra E. Levine (1967) su contribución a la profesión es a través del modelo de la “conservación”

con una tendencia de los sistemas, Martha Rogers su modelo se denominó “Seres unitarios” y sus aportes tenían una tendencia de la interrelación al igual que Calista Roy que realizó aportes desde su modelo de la “Adaptación”(1970), en tanto, Dorothea Orem (1968), describe la teoría “del déficit de enfermería del autocuidado” , King describe un modelo conceptual “un modelos de sistemas abiertos” y su teoría como “logro de objetivos (1971), Neuman la teoría que plantea es de los “sistemas” (1974) ambos desde una perspectiva de tendencia de los sistemas, luego de varios años y discusiones sobre enfermería –ciencia, los marcos conceptuales de enfermería se empezaron a tener en cuenta como marco para el currículo en los programas enfermeros y como modelos conceptuales que aplicaban los conceptos principales y más abstractos (Meta paradigmas) de enfermería. Esta conceptualización creativa de un Meta paradigma enfermero y una estructura teórico-conceptual del conocimiento aclaró los trabajos de las principales teóricas enfermeras. Los diferentes trabajos que se desarrollaron desde entonces han llevado a la enfermería a un nivel profesional superior centrado en el conocimiento (Escobar & Escobar, 2016) (Tomey, 2007).

Para esta investigación se eligió la teórica Elizabeth Hildergard Peplau por sus aportes a la salud mental (1909) quien define a la enfermería de la siguiente manera “la enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que funciona en cooperación con otros procesos humanos que hace posible la salud de los individuos en las diferentes comunidades”. Peplau es la primera autora que toma información de otros campos científicos y los relaciona específicamente con las teorías de enfermería considerándola la madre de la enfermería psiquiátrica donde en su teoría se centra en la relación enfermera-paciente, en esta relación describe 4 fases orientación, identificación, explotación, resolución. Esta teoría es un modelo orientado principalmente en” la enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia” toma como sustento las bases teóricas psicoanalíticas, desde las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que

viven una especie de equilibrio inestable de manera que cuando ese equilibrio se altera aparece la enfermedad (Marriner Tomey, 2005).

Peplau H. define cuatro conceptos:

Persona: es considerada como un organismo que vive en un equilibrio inestable. La vida es el proceso de luchar por lograr un equilibrio estable.

Enfermería: es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda, es un proceso mutuo de interacción que intenta resolver el problema

Salud: lo describe como un concepto que implica movimiento dirigido a la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad. La salud consta en este modelo, la relación entre la enfermera y el paciente constituye el aspecto más importante del proceso terapéutico, que se desarrolla en cuatro fases:

1. Orientación: El individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera junto con el paciente y los miembros del equipo de salud se ocupa de recolectar información e identificar problemas.

2. Identificación: A medida que la interacción entre el paciente y la enfermera avanza, el paciente empieza a expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema y se acerca mucho a las personas que parece ofrecerle ayuda.

3. Explotación: Esta fase se refiere a tratar de aprovechar los servicios que le ofrecen y utilizarlos al máximo con el fin de obtener la recuperación. La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que surjan.

4. Resolución: Implica un proceso de liberación, es preciso resolver las necesidades de dependencia psicológica del paciente y la creación de relaciones de apoyo, para fortalecer su capacidad de valerse por sí mismo. Condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan.

Entorno: no lo define de forma explícita, otras personas importantes con quién interactúa el paciente. La enfermera debe tener en cuenta la cultura, los valores cuando acomoda al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente (Hildegard, 1990).

Enfermería en la actualidad

Enfermería es una disciplina joven del área de la salud cuyo objeto de estudio es el cuidado de la persona en su totalidad, con la cual interactúa en forma permanente como sujeto de atención, esta práctica se centra en el cuidado de la persona (individuo, familia, grupo o comunidad) que está en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Por su parte el Consejo Internacional de enfermería –CIE (2015) la define como “una disciplina que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas”.

Teniendo en cuenta la definición del CIE resulta importante diferenciar las funciones de los profesionales de enfermería, con las de otros profesionales sanitarios y reconoce que deben hacerse distinciones entre las categorías del personal según sus conocimientos, funciones, contexto laboral, responsabilidades y la formación académica, para establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, que permitan cumplir con los cuatro deberes fundamentales por ellos establecidos, así: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, de manera tal que se dignifique la vida, se humanice la prestación de los servicios y se ofrezca un cuidado de calidad.

Enfermería en Argentina

En nuestro país la enfermería profesional llega alrededor de los años 1960 a 1980 donde las escuelas hospitalarias dejan paso a las universidades para la

formación de profesionales enfermeros/as. La consolidación de enfermería en nuestro país se da porque la actividad de Enfermería es una de las especialidades más críticas del campo de la salud. Por lo tanto, se hizo necesario formular una legislación que regulara su práctica y su formación. Para un control del acceso a la profesión y de las formas en que ésta debe ejercerse se hizo imprescindible una legitimación.

La Ley del Ejercicio de la Enfermería constituyó uno de los hitos más importantes de la historia de la enfermería del país. Varias provincias sancionaron sus leyes tomando a la nacional como modelo. A partir de la Ley Nacional del ejercicio profesional 24.004. (Ministerio de Salud de la Nación, 1991) Los enfermeros amplían en gran medida su campo de acción profesional y se transforman en profesionales autónomos.

Enfermería en Río Negro

Enfermería en la provincia de Río Negro está regulada por la Ley N° 2.999 de nuestra provincia (Asociación de Enfermería de Río Negro, 2012) esta ley regula el ejercicio de enfermería según la titulación obtenida y en que ámbitos podemos desarrollar las mismas, que puede ser de relación privada o público dentro del sistema de salud. Si bien esta ley no hace referencia específica al campo de salud mental, se puede mencionar que a nivel nacional y provincial se cuenta con leyes esta área, la ley nacional de salud mental N° 26657 en su capítulo V art. 8º menciona como debe estar conformado el equipo interdisciplinario para la modalidad de abordaje de las personas con padecimiento mentales, en este equipo se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajador social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Sin embargo en la ley de salud mental de río negro N° 2440 en su capítulo II art. 8º menciona la conformación del equipo interdisciplinario y garantiza el recurso humano de enfermería, agentes sanitarios, técnicos y profesionales necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos en la Ley. Ambas leyes promueven la capacitación y actualización sobre salud mental (Ministerio de Salud de Río Negro, 2018).

Profesionalización en Rio Negro

Luego de que se diera paso a la formación en la Universidades para la profesionalización de la carrera, varias universidades dictan la carrera, si bien en la actualidad no es una carrera homogénea ya que las mismas son autónomas y pueden decir que trayectoria y que modelos teóricos de enfermería guiarán su formación. Luego de que en 2015 a través de la ley de educación superior donde deben acreditar la misma, fue un comienzo para que se puedan homologar los contenidos en las diferentes universidades y así tener una misma formación dentro de la profesión. Sin embargo, todavía hay diferencias en cuanto a los contenidos formativos durante su formación académica. En Rio Negro, en la ciudad de San Carlos de Bariloche se encuentra Centro Regional Universitario Bariloche (sede de la Universidad Nacional del Comahue), en este centro Regional se dicta la carrera de enfermería que consta por plan de estudio de 5 años donde se obtiene el título de licenciado en enfermería, y a los 3 años se puede obtener el título intermedio de la misma.

Formación Profesional

La profesión de enfermería es una disciplina importante en los sistemas de salud, por lo cual es necesario que el profesional tenga un amplio conocimiento propio de la disciplina, con espíritu crítico y reflexivo y ético para dar respuesta oportuna a las necesidades de las personas, por este motivo la importancia de una formación académica universitaria.

El Centro Regional Universitario Bariloche dicta la carrera de enfermería desde el año 2007. Donde se encuentra vigente el plan de estudio 1019/17 donde se estructura la formación de la misma, con una formación teórico-práctica durante los 5 años de formación.

La carrera otorga dos titulaciones, pregrado a los 3 años obteniendo el título de enfermero profesional y de grado a 5 años obteniendo el título de Licenciado de Enfermería.

A lo largo de la formación y los fines de esta investigación, puedo decir que durante la formación se utiliza el modelo de Henderson y solo hay una cátedra relacionada a la salud mental "cuidados enfermeros en salud psicosocial" que

pertenece al área de cuidados enfermeros, segundo año anual, y tiene formación teórica práctica, donde las misma se desarrollan en el hospital Zonal Área Programa Bariloche y en los diferentes dispositivos del servicio de salud mental. Sin embargo, la misma no concurre al primer nivel de atención APS.

La oferta educativa en la formación de profesionales de enfermería en nuestro país es muy amplia a nivel superior universitario y/o técnico superior, varias universidades dictan la carrera entre las cuales podemos mencionar la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de Tucumán (UNT), Universidad Nacional de Chubut (UNC), estas unidades académicas presentan dentro de su plan de estudio una formación de pregrado de 3 años y una formación de grado de 5 años.

Enfermería y su rol

Esta disciplina desempeña un rol importante en el abordaje y en la atención a sujetos con diferentes situaciones de salud incluyendo salud mental que es un “área que emplea teoría del comportamiento humano, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, y para fomentar una salud mental optima en el individuo, la familia y la comunidad. Reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social” (Cárdenas, Esguerra, 1991). Por lo cual el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de intervenir apropiadamente en los casos que el individuo esté sufriendo alguna situación de salud como en este caso un trastorno de depresión.

En este contexto se encuentra la tarea de construcción de una nueva acción de salud dado la complejidad al tipo de respuesta y al tipo de oferta de salud mental, en que los trabajadores tienen el desafío de disponer el saber técnico adquirido en la formación profesional, y una habilidad dada en el trato de la diversidad.

En este escenario el enfermero ocupa un lugar importante en los servicios de salud, ya que generalmente es el primer profesional que tiene contacto con el

individuo que concurre a los centros de salud (APS) en busca de estos servicios; estos individuos se sienten menos intimidados por los enfermeros que por otros profesionales de la salud, aceptándolos fácilmente, donde los enfermeros pueden intervenir en estos trastornos afectivos y sus potenciales riesgos que están preparados con la experiencia y preparación profesional.

Entender que el cuidado que se le brinda al usuario que padece este tipo de trastornos, podemos decir que el enfermero independiente de su área de atención y por considerar que los servicios básicos de salud que son espacios de detección precoz y acción preventiva de los trastornos decidimos trabajar con esta temática y además que existen pocos trabajos relacionados al mismo con vista a formular propuestas para mejorar y fortalecer la labor del profesional enfermero en esta temática.

Las estrategias de intervención que podemos mencionar son la aplicación del proceso de atención de enfermería, la identificación de pacientes con estos síntomas, es cuando se aplica la primera etapa de este proceso que es la valoración inicial, donde en la atención primaria el primer contacto directo que tiene enfermería con el paciente dentro de esta etapa las herramientas es por ejemplo la entrevista personal. Otra estrategia que implementan los enfermeros en el atención primaria es la prevención, promoción y recuperación de la salud mental, en este ámbito de la atención primaria es el donde se puede prevenir la aparición de las enfermedades mentales, debido a que es el nivel asistencial más cercano a la población, se lo considera como una institución social con contacto continuo de personas a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos, estos sujetos consultan de forma repetida y continua a los profesionales de atención primaria en los profesionales que depositan su confianza (Calderón Quintana & Castro Fernández, 2017).

El personal de enfermería de estos centros de salud juega un importante papel, fundamentalmente en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de una buena salud mental de la población que atiende. Evaluando las necesidades de tipo preventivo y centrando la atención en los grupos más vulnerables. El enfoque de la prevención se centrará en los factores de riesgo y estrés que puedan provocar la desadaptación de estos sujetos, y las actividades

van dirigidas a preservar y mantener la máxima autonomía del sujeto de atención. En cuanto a la promoción se centra principalmente en la creación de condiciones individuales, comunitarias del entorno que permitan un desarrollo óptimo para mejorar la calidad de vida de estos sujetos y la población. Es necesario reducir los factores de riesgo que favorecen la aparición de estos trastornos y la promoción de factores de protección relacionados con el trastorno mental de la depresión y así reducir su prevalencia e incidencia.

Enfermería y método científico

Enfermería es una disciplina joven del área de la salud cuyo objeto de estudio es el cuidado de la persona en su totalidad, con la cual interactúa en forma permanente como sujeto de atención, para poder abordar a estos sujetos de atención se implementa una estrategia metodológica de cuidado el PAE (Proceso de Atención de Enfermería).

El Proceso de Atención de enfermería PAE tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado un proceso en las propuestas teóricas de Lidia Hall en 1995 que constaba de tres etapas, luego otras teóricas fueron apropiando este instrumento metodológico y dándole forma hasta que en 1975 Calista Roy y en 1976 Aspinall y algunos autores más establecieron las 5 etapas que en la actualidad se conocen, las etapas se exponen más adelante. (Téllez Ortiz & García Flores, 2012)

Desde entonces se considera que es el método por el cual se logra que el profesional de enfermería concentre sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del paciente y los que se generan a partir de éstos. Es así como por medio del PAE se lograron aplicar las bases teóricas al ejercicio práctico de la enfermería.

Hay una gran variedad de definiciones sobre el PAE, pero la mayoría de los autores coinciden que es método ordenado, sistemático para obtener información e identificar los problemas reales o potenciales del individuo, familia, comunidad y su finalidad es la de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería, la aplicación del mismo exige al profesional habilidades y destreza afectivas, cognitivas y motrices para observar, valorar, decidir. El empleo del

PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque se orienta a mejorar y resolver las respuestas humanas que se derivan de los problemas de salud o de la pérdida del bienestar. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí. Este proceso puede ser utilizado con los modelos de enfermería propuestos por las diferentes teóricas, entre ellas podemos utilizar, las necesidades de Virginia Henderson o los patrones funcionales de Gordon Maryore (Berman & Snyder, Fundamentos de Enfermería, 2013).

La primera etapa es la valoración que es el punto de partida del PAE y constituye la base del desarrollo del plan de cuidados, esta etapa tiene por objetivo la recogida sistemática y continua de datos sobre el estado de salud del paciente también en esta etapa se organizan, validan los datos. En efecto, la valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera- sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.

Tipos de valoración

1-valoracion inicial: en esta instancia se realiza cuando el paciente/usuario ingresa a la institución.

2- valoración centrada en el problema: es el proceso continuo e integrado en la asistencia puntual o específica de enfermería al usuario/paciente.

3- valoración urgente: se realiza durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente/usuario

El diagnóstico es la segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente. Los diagnósticos enfermeros son problemas que entran dentro de la competencia de enfermería, son respuestas humanas que el profesional de enfermería puede tratar de forma totalmente independiente. El término diagnosticar se refiere al proceso de razonamiento, mientras que el término diagnóstico es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno. En 1990, la NANDA adoptó una definición funcional oficial del diagnóstico de enfermería: “un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud/procesos vitales reales y potenciales”. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería para conseguir resultados de los que el profesional de enfermería es responsable» (NANDA International, 2009, p. 419).

Aunque las enfermeras/os han diagnosticado los problemas de los pacientes durante muchos años, el término “diagnóstico de enfermería” es relativamente nuevo. Los esfuerzos diagnósticos anteriores se vieron truncados por la falta de un lenguaje común para enunciar los problemas de enfermería, para subsanarlo la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de guía y que permite integrar los lenguajes estandarizados de categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, características definitorias factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería NIC (Nursing Interventions Classification) y los resultados esperados en Enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification) que sirven de guía para los cuidados., cada vez más incorporados en el quehacer de la

enfermería y en los sistemas de información. Este modelo faculta a los enfermeros a trabajar desde un plan propio y también en colaboración con otros profesionales.

Para los profesionales de la enfermería, la utilización de la taxonomía NANDA es imprescindible en la práctica habitual de su profesión. Entre las ventajas del uso de la Taxonomía, están: el uso de un lenguaje común, la implantación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) como método de trabajo, y la participación dinámica dentro de los diferentes equipos de salud.

Se pueden realizar diferentes diagnóstico enfermeros tipo de diagnóstico enfermeros Entre ellos podemos distinguir:

1. “Diagnósticos Real”: Describe problemas reales de salud del paciente, y está siempre validado por signos y síntomas. El Diagnóstico Real está compuesto de tres partes: Problemas de salud relacionados con factores etiológicos (etiología o causa) manifestado por Características definitorias (signos y síntomas).
2. Diagnóstico de Promoción de la Salud: Es el juicio crítico que hace la enfermera sobre la motivación del paciente, familia o comunidad para aumentar su estado de salud y valora su implicación en los cuidados de salud, estos diagnósticos vienen formulados en las etiquetas como “Disposición para”, y para validar este diagnóstico nos apoyamos en las características definitorias.
3. Diagnóstico de Bienestar: Es un juicio crítico que hace la enfermera ante situaciones o problemas de salud que están bien controladas, pero que el paciente expresa verbalmente que quiere mejorar, debe de basarse la enfermera en lo que expresa el paciente más que en la propia observación.
4. Diagnóstico enfermero Potencial: También llamado diagnóstico de riesgo, describe respuestas humanas a los procesos que pueden presentar el paciente, la familia o la comunidad. Un Diagnóstico Potencial está compuesto de dos partes: Problemas de salud relacionados con Factores de riesgo (causas y/o etología).

La Tercera etapa es la Planificación que es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducente a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

Podemos diferenciar en esta etapa del Proceso de Atención de Enfermería varias etapas de planificación. La inicial, cuando se realiza la valoración el ingreso se suele llevar a cabo el plan asistencial inicial completo. Planificación en curso ocurre cuando enfermería obtiene información nueva y evaluar las respuestas del paciente a la asistencia, se puede individualizar más el plan inicial de la asistencia, esta se da al comienzo de un turno. Planificación para el alta es el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta del paciente.

Enfermería realiza planificaciones diarias con el propósito de determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado, establecer prioridades para la asistencia, decidir en qué problemas centrarse durante el turno y coordinar las actividades e enfermería de manera que pueda abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente.

La cuarta etapa es la Ejecución, es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se

realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan: a) el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos/resultados, y b) la eficacia del plan asistencial de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse (Reina, 2010) (Berman & Snyder, Fundamentos de Enfermería, 2013). trastorno mental de la depresión y así reducir su prevalencia e incidencia.

Depresión

La depresión es reconocida como un problema de salud a nivel mundial, estudios que se han realizado durante años han demostrado la transcendencia y el impacto que tiene este trastorno en la salud de las personas donde se calcula que afecta a más de 300 millones de personas (OMS, 2018). La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, alrededor del 5% de la población. "La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima", señaló la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa F. Etienne. Sin embargo, dijo, "incluso la depresión más grave se puede superar con un tratamiento adecuado".

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos

tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

Una de las barreras para buscar tratamiento son los prejuicios y la discriminación. El continuo estigma asociado con los trastornos mentales, asociado al miedo producto del desconocimiento de estos padecimientos impiden que las personas que lo sufren accedan al tratamiento que necesita para vivir vidas saludables y productivas

Un aumento en la inversión también es necesario. En muchos países hay muy poco apoyo disponible para las personas con trastornos de salud mental. Incluso en los países de ingresos altos, casi el 50% de las personas con depresión no reciben tratamiento. En promedio, sólo el 3% de los presupuestos de salud de los países se invierte en salud mental, variando de menos del 1% en los países de bajos ingresos al 5% en los países de altos ingresos.

La falta de acción es costosa. Según un estudio dirigido por la OMS, que calculó los costos de tratamiento y los resultados de salud en 36 países de ingresos bajos, medios y altos durante los 15 años que van de 2016 a 2030, bajos niveles de reconocimiento y acceso a la atención de la depresión y otros trastornos mentales comunes, como la ansiedad, resultan en una pérdida económica global de un billón de dólares cada año. Las pérdidas son incurridas por los hogares, los empleadores y los gobiernos. Los hogares pierden financieramente cuando la gente no puede trabajar. Los empleadores sufren cuando los empleados se vuelven menos productivos y son incapaces de trabajar. Los gobiernos tienen que pagar mayores gastos de salud y bienestar.

La doctora Margaret Chan, directora general de la OMS, dijo: "Estas nuevas cifras son un llamado de atención a todos los países para que reconsideren sus enfoques sobre la salud mental y la traten con la urgencia que merece"

Según el Dr. Hugo Cohen, miembro del comité de expertos de la OPS/OMS y Vicepresidente de la Federación Mundial de la salud mental, en Argentina aproximadamente 2.000.000 personas padecen depresión representando el 5% de la población. También se estima que 8 de cada 10 personas padecen un trastorno mental y no acceden al tratamiento. Según el especialista la población que padece este trastorno y no accede a un tratamiento aumento en el último periodo estudiado entre 1999 y 2013.

En nuestro país se han realizado pocos estudios epidemiológicos sobre el trastorno depresivo, uno de ellos llevado a cabo por Pagés Larraya et al. En 1982, donde se estudió la prevalencia en población general, siendo esta del 11.4%. En otro estudio realizado en el año 2002 Casullo y colaboradores identificaron depresión clínica en un 23% de los casos estudiados (Casullo et. Al. 2002). Recientemente, en el año 2012, Leiderman, Lolich, Vázquez y Baldessarini estudiaron la prevalencia de depresión mayor en adultos en la ciudad autónoma de Buenos Aires. En este estudio encontraron que un 20% de los casos, las personas presentan depresión clínicamente significativa. Este estudio, asoció estos resultados con encontrarse divorciado, ser mayor de edad, tener un menor desarrollo educativo, estar estresado y crónicamente enfermo (Leiderman, et. al.2012).

Hasta junio del presente año, no existía un relevamiento epidemiológico sobre la prevalencia de depresión en la provincia de Rio Negro, para ello en la ciudad de San Carlos de Bariloche en centro universitario regional Bariloche dependiente de la Universidad Nacional del COMAHUE a través docentes y estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería conjuntamente con el centro neurociencias aplicadas (NEA), llevaron a cabo un estudio sobre esta temática. El mismo consistió en la realización de una investigación mediante una encuesta a personas adultas de entre 18 a 65 años, de ambos sexos respecto de síntomas depresión que cotejados con otros datos sociodemográficos brindaran información de la prevalencia de depresión en la población adulta en la ciudad de san Carlos de Bariloche. Este estudio arrojó como resultado que la prevalencia estimada es de 5.7 % sobre una población de 299 residentes de la Ciudad de San Carlos de Bariloche, en relación al género se deprendió que de 154 encuestados femeninas la prevalencia de DM es de 7.8 % y de 145

masculinos la prevalencia DM es de 3.4 %, la distribución de la muestra se realizó teniendo en cuenta el último censo en 2010 para que la misma garantice una representación apropiada sobre la población de estudio. La relación de la DM y los factores sociodemográficos arrojaron resultados tales como que el nivel máximo alcanzado en educación que es del 44% que corresponde a nivel medio de educación, la Prevalencia DM es mayor en personas que no trabajan o que no buscan trabajo en cuanto a los resultados obtenidos sobre aquellas personas que trabajan, estudian o están jubilados el resultado fue en total de un 89.3%. El estudio en cuestión, permitió estimar que en la ciudad de San Carlos de Bariloche, el 5.7% de la misma padece o puede padecer Depresión mayor, lo que significaría en valores del año 2010 (Censo) unas 4000 personas de las que un alto porcentaje no concurre a servicios de salud para recibir atención acorde.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (OMS, 2018)

Se considera como un trastorno del estado del ánimo cuya característica principal es la alteración del humor. Afirma que la depresión se manifiesta como un trastorno cuyo rasgo esencial es un estado de ánimo deprimido (tristeza, abatimiento, melancolía y desánimo) o una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades; con síntomas asociados como alteración del apetito, alteración del sueño, agitación o lentitud psicomotora, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas de intentos de suicidio (American Psychiatric Association, 2014).

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

El trastorno depresivo mayor tiene un componente genético y un componente psicosocial. Cada uno de ellos contribuye, pero ninguno de ellos explica el trastorno por sí solo. Como múltiples factores causan el trastorno e influyen en el mismo, los tratamientos eficaces habitualmente incluyen los abordajes psicosociales -educación y asesoramiento- y fisiológico -fármacos o psicofármacos- (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Sistema de salud

El sistema de salud argentino está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado. De ahí la importancia de tener en cuenta

las características centrales de cada uno de ellos para lograr una visión cabal del escenario existente en este sector.

El sistema público, que está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que presta servicios de provisión gratuita,

En Rio Negro el sistema de salud está dividido en 6 zonas sanitarias cuyos hospitales cabecera de cada zona son: Hospital de General Roca, Hospital de Cipolletti., Hospital de Choele Choel, Hospital de Viedma, Hospital de Bariloche. “Dr. Ramón Carrillo” y el Hospital de Ingeniero Jacobacci.

Esta investigación se centró en los enfermeros/as que se desempeñan en los centros de salud dependientes del hospital zonal Área Programa Bariloche y mujeres adultas entre 18 a 65 años de edad que estén viviendo de la ciudad de San Carlos de Bariloche por lo cual es importante describir el sistema de salud provincial para poder comprender el local.

El sistema de salud pública de la ciudad está conformado por el hospital zonal Bariloche Dr. Ramón Carrillo que es referente cabecera de la zona Andina que pertenece a la cuarta zona sanitaria con una complejidad 6 según la clasificación de Argentina de hospitales por complejidad, significando esto que el mismo cuenta con la siguiente oferta de servicios hospitalización y ambulatorios cubiertos por seis clínicas básicas más una amplia gama de especialidades concurrentes clínicas y quirúrgicas, apoyadas por servicios auxiliares de mediana complejidad (radiología, bioquímica clínica, bacteriología, hemoterapia, y anatomía patológica) y por su situación de cabecera hace que se cumpla con la trascendente cobertura del Primer Nivel de Atención, el cual es desarrollado por 16 centros de salud distribuidas estratégicamente en los barrios con un área de cobertura de aproximadamente 40 Km. En el año 2018 se suma un nuevo centro de salud, siendo así un total de 16 centros.

La profesión de enfermería en el ámbito de salud pública de la ciudad de San Carlos de Bariloche está inserta dentro del Hospital Área Programa Bariloche, Dr. Ramón Carrillo complejidad VI que presta servicios de salud en sus tres

niveles de atención. Estos son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población (Vignolo et.al.2011).

Los centros de salud pertenecen al primer nivel de atención, este nivel es el más cercano a la población donde las actividades son de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, siendo la puerta de entrada al sistema de salud pública, se caracteriza por ser un establecimiento de baja complejidad donde tiene las cuatro clínicas básicas y resuelve el 90 % de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

Estos centros de salud dependen del departamento DAPA (departamento de actividades para el área) donde dan la mejor respuesta asistencial de la provincia, cada centro de salud cumple con las 4 clínicas básicas, médico generalista, pediatra, odontólogo, el equipo se completa con enfermería, profesionales de salud mental (Psiquiatras, psicólogo y operador de salud mental) trabajadores sociales, agentes sanitarios conformando un equipo interdisciplinario para dar respuestas a las demandas de la población.

El Hospital Zonal Bariloche cuenta con el segundo nivel de atención donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. También cuenta con el tercer nivel de atención donde se resuelven problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología en este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen.

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos y poder brindar atención a los usuarios ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, para que esto se logre debe haber una coordinación entre los diferentes niveles. La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolución que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de

una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive. La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

En el primer nivel de atención podemos encontrar lo que se llama atención primaria para la salud (APS) que fue definida en la conferencia de Alma Ata en 1978 como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados puesto al alcance de todos los individuos familia y comunidad mediante su plena participación y a un costo que el país y la comunidad pueda soportar. Esta es un enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Aborda la salud y el bienestar físicos, mentales y sociales de una forma global e interrelacionada proporcionando una atención integral de la persona para satisfacer las necesidades sanitarias a lo largo de su vida. “La atención primaria se basa en un compromiso con la justicia social y la equidad y en el reconocimiento del derecho fundamental al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, tal como dispone el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesario” (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

MATERIALES Y MÉTODOS

Para llevar a cabo este trabajo se realizó un estudio mixto de campo y bibliográfico, descriptivo, retrospectivo, de enfoque cuantitativo.

Se realizó la revisión de los datos obtenidos de la encuesta de depresión “la depresión en San Carlos de Bariloche: estudio epidemiológico sobre prevalencia y usos de los servicios médicos en salud mental” (ver ANEXO I), Proyecto dirigido por la Directora Gilda Garibotti y Becaria Lic. Dana Prandi, analizando puntualmente la prevalencia en la población femenina.

Además, se realizó para los fines prácticos de esta investigación con los datos previamente mencionados se desarrolló una encuesta 20 de los 30 enfermeros/as (ver ANEXO II) A los 30 enfermeros/as (100 % de la muestra) que están designado a los de Centros de Salud dependientes del Departamento de Actividades Programadas para el Área (DAPA), a fin de conocer su perspectiva respecto a las intervenciones que realiza enfermería en mujeres adultas con síntomas depresivos.

ÁREA DE ESTUDIO

Departamento de Actividades Programadas para el Área (DAPA) dependiente de Hospital Ramón Carrillo Área Programa Bariloche de la Ciudad de San Carlos de Bariloche

DETERMINAR POBLACIÓN DE MUESTRA

Personal de enfermería que desarrolla sus tareas asistenciales en el primer nivel de atención dentro del departamento de actividades programadas para el Área (DAPA) dependiente del Hospital Ramón Carrillo Área Programa Bariloche de la Ciudad de San Carlos de Bariloche.

RECOPIACIÓN DE DATOS

Para esta investigación de tesis se realizó una encuesta semiestructurada a Enfermeros/as, Licenciados de Enfermería y Auxiliares de enfermería durante el mes de febrero, la misma constaba de 9 preguntas (Ver planilla en anexo 1).

Se relevaron datos obtenidos de las entrevistas realizadas a enfermeros/as de los centros de salud dependientes del Departamento de actividades Programadas para el Área (DAPA). Este apartado permitirá conocer la perspectiva de Enfermería respecto de las estrategias de intervención que desarrolla (o no), enfermería ante mujeres que presentan síntomas de depresión. Se estima un total de encuestados igual a 30 enfermeros. En este sentido se indago acerca de: año de finalización de sus estudios, titulación obtenida, desempeño laboral en el sistema de salud, rol, función/es, tareas y tiempo de desempeño en sus funciones, profesionales de la salud con los que trabaja y estrategias de enfermería que conoce/ aplica con la finalidad de conocer qué aspectos relacionados con la formación disciplinar, la antigüedad en el desempeño de sus funciones, el trabajo en equipo y la formación continua pueden relacionarse (o no) en la aplicación de estrategias de intervención para este grupo poblacional.

Para el estudio de depresión se analizaron los datos sobre depresión en la población femenina de 18 a 64 años de edad y la relación con las variables sociodemográfica estudiadas en particular, se analizó la prevalencia de síntomas depresivos según el radio censal en que se obtuvo. Estos datos se utilizaron para la investigación. Los datos obtenidos de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale Revised, 2016) La misma consta de 20 síntomas agrupados en 9 grupos: tristeza (disforia), falta de interés (anhedonia), apetito, sueño, concentración y pensamiento, culpabilidad (falta de valoración), fatiga, agitación, idea de suicidio; por otro lado, y de acuerdo a los relevamientos sobre factores de riesgo asociados a la depresión se incluyó el análisis de características sociodemográficas (sexo, estado civil, nivel educativo máximo alcanzado, trabajo, grupo de convivencia, ocupación). La encuesta a su vez evaluó el

consumo de alcohol mediante escala de Kells y por no ser necesaria para este estudio no se contempló este apartado.

RELEVAMIENTO DE DATOS

Se exploraron las respuestas de los 30 enfermeros/as designados al primer nivel de atención dependiente del DAPA sobre las estrategias de intervención enfermería en atención de mujeres adultas con síntomas depresivos. De los 30 enfermeros/as posibles para la realización de la encuesta solo se pudo acceder a 20, por encontrarse de licencia por jubilación, licencia médica, licencia anual ordinaria o no accedieron a responder.

Se buscó establecer la relación entre las estrategias de intervención y la formación de los enfermeros/as del primer nivel de atención, la antigüedad y lugar de desempeño.

Se determinó el porcentaje de mujeres adultas con síntomas depresivos en la ciudad de San Carlos de Bariloche.

En igual sentido se determinó la prevalencia de depresión según las categorías de gravedad. Para establecer los criterios diagnósticos de forma común en todo el mundo los agentes de salud utilizan dos herramientas, por un lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014), y la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10).

Se analizó la relación de los síntomas depresivos con los siguientes factores: edad, nivel educación, estado civil, grupo de convivencia, radio censal.

Para llevar a cabo estas actividades, los datos obtenidos de las entrevistas y encuestas fueron volcados en una planilla de datos confeccionada ad-hoc, para cumplir con el análisis de la información correspondiente. Ver anexo 3.

RESULTADOS

Del total de enfermeros que desempeñan tareas asistenciales en los centros de salud dependiente de DAPA se pudo encuestar al 66% (n=20) de los mismos. El restante 34% no participó por los siguientes motivos: licencia por jubilación 3,3% (n=1), licencia médica 3,3% (n=1), licencia anual ordinaria 6,6% (n=2) y deseo de no participar 16,6% (n=6).

La media de edad de los enfermeros participantes fue de 47,4 años, con un desvío estándar de 10,3.

A continuación, se presenta la distribución de enfermeros según edad a través de una tabla de frecuencias.

Rango etario (años)	Fi	Ri%	FI	RI%
[20-30)	0	0%	0	0%
[30-40)	4	13,3%	4	13,3%
[40-50)	5	16,6%	9	30%
[50-60)	10	50%	19	63,3%
>60	1	3,3%	20	100%

Tabla I. Distribución de enfermeros según rango etario.

A partir de la tabla de frecuencias podemos estimar que mayoritariamente el 50% de los enfermeros entrevistados que desempeñan tareas asistenciales en los centros de salud de San Carlos de Bariloche tienen 56 años o menos. En adición el 10% de los entrevistados tienen 37,5 años o menos. Esto nos indica que en la población estudiada predominan enfermeros con edad cercana al cese de actividad laboral.

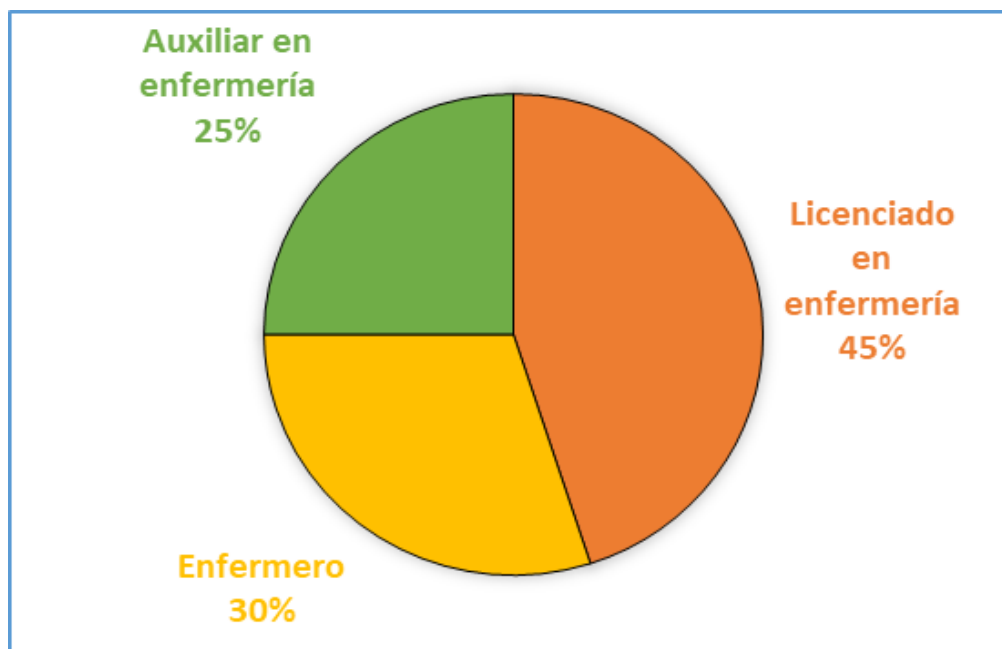
La media de años trabajando en atención primaria fue de 12,6 con un desvío estándar de 11,26.

En cuanto al género, predominó el femenino con el 80% (n=16) y el restante masculino con el 20% (n=4)

Con respecto a la formación académica el 45% (n=9) eran licenciados en enfermería, el 30% (n=6) enfermeros y el 25% (n=5) auxiliares de enfermería. El 50% finalizó sus estudios académicos en 2015 o antes y el 20% en 1990 o antes.

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de enfermeros según nivel de formación.

Gráfico 1. Distribución de enfermeros DAPA según nivel de formación.



Se pudieron identificar 6 categorías de actividades: 1 (talleres de prevención como grupo de DBT-PAP Y ACO- entrega de folletería), 2 (visitas domiciliarias medicación, control), 3 (facilitar el acceso al sistema planificación familiar- incentivar controles anuales), 4 (seguimiento control del niño sano, control de embarazada, control de enfermedades crónicas,), 5 (recreación y escucha activa consejería- charlas-talleres de actividades recreativas como costura, pintura tejido etc.), estas no respondían a estrategias de intervención generales, tradicionales o típicas del rol de enfermería dentro del primer nivel de atención y no tienen relación con una estrategia específica con mujeres con síntomas depresivos que es lo que se buscaba indagar.

Esto permite establecer para el objetivo general que las enfermeras/os del 1° nivel no identifican, ni realizan estrategias directas (específicas) con mujeres con síntomas depresivos.

Gráfico 2. Distribución de actividades generales por parte de los enfermeros en los centros de salud periféricos.



En cuanto al objetivo general de investigar cuales son las estrategias de intervención que identifica el personal de enfermería en el primer nivel de atención de salud en mujeres con síntomas depresivos, se puede decir que de los 20 participantes refirieron trabajar en conjunto con especialistas referentes al área de salud mental entre ellos psiquiatras (23 %) psicólogos (100%) y operadores de salud mental comunitaria (50%) no autónomamente desde la disciplina por lo tanto se puede decir que del total del personal de enfermería el 85% (n=17) de los participantes refirieron no implementar ninguna estrategia de intervención, el 15% (n=3) restante explicó implementar como estrategias el PAE, promoción y prevención. Sin embargo, no lograron especificar qué actividades dentro de estos tópicos están destinadas exclusivamente a la intervención de síntomas depresivos.

Por ello la hipótesis que guio este trabajo respecto de que "el personal de enfermería del Primer Nivel de Atención en el Sistema de Salud Pública no identifica estrategias de intervención en mujeres adultas con síntomas depresivos en la ciudad de San Carlos de Bariloche entre febrero y junio del año 2018" queda comprobado resultado en que la respuesta al interrogante que motivó esta investigación acerca de "conocer qué estrategias implementan los/as enfermeros/as que desarrollan su actividad asistencial en los centros de salud dependientes del Hospital Zonal Bariloche con mujeres con síntomas depresivos durante el mes de febrero a junio del año 2018" es que las/os enfermeros no implementan estrategias específicas/directas desde su rol disciplinar en los CAPS para atender mujeres con síntomas depresivos.

La siguiente tabla refleja la distribución de especialidades orientadas a la salud mental con las cuales los enfermeros entrevistados refieren trabajar.

Especialidad/profesión	Total de participantes Enfermeros/as(n)	Porcentaje (%)
Psiquiatras	7	23,3%
Psicólogos	20	100%
Operadores de salud mental	10	50%

Tabla II. Agentes del servicio de salud mental con quienes refiere trabajar las/os enfermeras/os”

Como se puede evidenciar, en las actividades programadas por el personal de enfermería que se desempeña a nivel asistencial en los centros de salud no incluyen planificaciones en lo referente a detección y abordaje a mujeres con síntomas de depresión. Por lo tanto, esto permitiría corroborar la hipótesis de que "El personal de enfermería del Primer Nivel de Atención en el Sistema de Salud Pública no identifica estrategias de intervención en mujeres adultas con síntomas depresivos en la ciudad de San Carlos de Bariloche entre febrero y junio del año 2018"

Los resultados obtenidos de la investigación de depresión, se presenta el recorte según género femenino por el interés de esta investigación.

Género (femenino) (154 mujeres)	N° total N 154	N (%)
		12 (7,8)
Edad (años)		
18-24	26	3 (11,5)
25-34	47	3(6,4)
35-49	50	3(6,0)
50-64	31	3(9,7)
Educación (nivel máximo completado)		
Ninguno	8	1 (12,5)
Primario	39	5(12,8)
Secundario	71	4(5,6)
Terciario/universitario	35	2(5,7)
Estado civil		
Casado o cohabitando	84	7 (8,3)
Divorciada, separada, viuda	37	4(10,8)
Soltera	29	1 (3,4)
Ocupación		
Estudiante , jubilada, trabajadora	125	8 (6,4)
Desempleada, no trabaja, ni busca trabajo	28	4 (14,3)

DISCUSIÓN

La depresión es reconocida como un problema de salud a nivel mundial, estudios que se han realizado durante años han demostrado la trascendencia y el impacto que tiene este trastorno en la salud de las personas donde se calcula que afecta a más de 300 millones de personas (OMS, 2018). Los resultados arrojados en esta investigación evidenciaron la baja actuación por parte del personal de enfermería, ya que el 85% de los entrevistados refirieron no aplicar estrategias de intervención directa sobre mujeres con síntomas de depresión. Vale destacar que los enfermeros/as refirieron trabajar con profesionales del área de salud mental, entre ellos podemos decir que el 23%(7) de enfermeros/as refirieron trabajar en conjunto con psiquiatras, mientras que el 100% (20) con psicólogos y un 50 % (10) con operadores de salud mental y no desde la autonomía disciplinar para aplicar estrategias de intervención que permita a los profesionales de enfermería realizar actividades específicas a esta patología y así poder solventar el déficit de atención a los pacientes con este tipo de padecimientos.

Pese a la evidencia de la importancia del rol que desempeña el personal de enfermería en beneficio de la persona, la familia y la comunidad en el primer nivel de atención donde tienen campos que pueden aprovechar tanto en la promoción de la salud como la prevención de enfermedades dentro del centro de salud con los usuarios que concurren o en la comunidad visitando escuelas, centro comunitarios, asilos etc.; la aplicación de estrategias de intervención con pacientes que presentan síntomas de depresión no fueron evidenciadas, perdiendo así la posibilidad un diagnóstico precoz sobre la problemática.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación podría considerarse que, en su rol de profesionales de enfermería, estos contribuyen al mejoramiento en la calidad de vida, mediante la aplicación de estrategias de intervención tales como el PAE, la Promoción de la salud y la Prevención de enfermedades. Teniendo en cuenta que la depresión es una de las enfermedades más frecuentes en el mundo y que afecta a un alto porcentaje de personas donde predominan las mujeres. Se puede decir que enfermería es una de las profesiones que conforman el equipo interdisciplinario en los centros de salud,

los avances sanitarios exigen un abordaje multidisciplinar e integral de la salud de la comunidad teniendo en contexto los cambios demográficos, sociales y económicos. La enfermería, además de aplicar de forma integral un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso salud-enfermedad, debe contribuir a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado que incluye la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de la enfermedad. Las funciones de enfermería desde el modelo de Peplau consisten en ayudar al ser humano a madurar personalmente facilitándole una vida creativa, constructiva y productiva con el objetivo de que alcance el máximo grado de desarrollo personal, a través de la metodología de cuidados PAE. Luego de haber analizado el modelo y sus cuatro fases en la atención del individuo, se puede decir que no se cumplen las mismas por la falta de aplicación de estrategias de intervención por parte del personal de salud.

Se consideró la formación profesional de enfermería entre otros aspectos para conocer las distintas corrientes que nos atraviesan en la tarea cotidiana, como se ha mencionado la formación actual se ha modificado en los últimos años, donde se evidencia las diferencias entre los distintos planes de estudio si bien se encuentra una cátedra donde se abordan estas temáticas, en cada Universidad es diferente. Se analizaron diferentes sitios web, teniendo en cuenta las regiones del país; encontrando los planes de estudios no así todos los programas de la cátedra antes mencionada, por ejemplo en la Universidad Nacional del COMAHUE (UNCO) la misma tiene una duración de un año y se encuentra en el segundo año de la formación de pregrado y no contempla la práctica profesionalizante en este nivel de atención, en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de Tucumán (UNT) y Universidad Nacional de Chubut (UNC) es cuatrimestral, solo en la UNC su práctica profesional es en el primer nivel de salud. Durante la formación de grado 4 y 5 año no hay una continuidad sobre salud mental así mismo no se brindan capacitaciones o seminarios con temas relacionados a los padecimientos de salud mental.

Una vez concluido o finalizada la carrera, los profesionales se incorporan inmediatamente al sistema de salud, no todos continúan capacitándose por

diferentes situaciones, esto se debe a que no todas las especializaciones, maestrías, doctorados son reconocidos, además de altos costo a cargo por el profesional, otra de estas complicaciones son las distancias ya que las mismas se dictan en otras provincias. De acuerdo a las respuestas obtenidas de los relatos de los profesionales de enfermería, los mismos identifican sentirse desmotivados por continuar capacitándose por estos motivos (distancia, costos, reconocimiento y por la necesidad de trabajar y luego no contar con los tiempos requeridos para una formación continua).

Otro aspecto significativo es que los profesionales de enfermería no acceden a residencias específicas sobre la temática lo que nos lleva a pensar si se debe a la falta de interés, falta de tiempo o una adecuada comunicación de las mismas, y sus herramientas o desconocimientos de las mismas entre otros aspectos.

En la realización de las encuestas en búsqueda de la participación del profesional de enfermería se encontraron diferentes situaciones para la obtención de los datos el periodo para la realización de las mismas podría no haber sido el más adecuado dado que el mismo coincide con períodos de licencia. Esto se debe a que la mayoría de enfermeros que desempeñan en CASP toman licencia en durante los meses de febrero y marzo, fecha en la que se autorizó para la realización de las mismas. Otro aspecto que dificultó acceder a los enfermeros que se desempeñan en el DAPA estuvo relacionado con las licencias por jubilaciones, por enfermedad y por aquellos que no accedieron a contestar, en este último ítem los enfermeros/as refirieron que no les interesaba o no estaban informados sobre que concurría a realizar la mismas.

La actuación de enfermería está avalada por la Ley Nacional de Enfermería N°24.004 donde en su Art. 2 al referirse a las funciones del ejercicio de la enfermería menciona que este comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Sin embargo, no hace referencia como actuar en el campo de la salud mental y el cuidado a los individuos con sufrimiento mental.

Por su parte tanto en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (N° 26.657-2010-) como en la Ley Provincial de Salud Mental Comunitaria y Adicciones (N° 2.440 -1991), destacan entre las funciones de enfermería la de conformar el equipo terapéutico, con fines de evaluar a las personas que presenten sufrimiento mental y así determinar las estrategias terapéuticas más adecuadas para cada individuo. Debiendo encontrarse debidamente capacitado para la tarea

CONCLUSIÓN

Los/las profesionales de Enfermería pueden desempeñar un papel muy relevante y participativo siendo parte del equipo de salud, donde desde su saber disciplinar pueden aportar saberes para el cuidado de aquellos pacientes que presentan síntomas de depresión, aplicando diferentes estrategias de intervención y así proporcionar los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades biopsicosociales del paciente y familia. Sin embargo, con los datos obtenidos de la encuesta puede afirmarse que el personal de enfermería que desempeña sus actividades en DAPA no aplica estrategias de intervención como el PAE, promoción y prevención. Los resultados obtenidos permiten abrir la posibilidad de continuar buscando información y evaluando las intervenciones de enfermería con una metodología correcta y adecuada en entornos de salud mental.

Podría considerarse que los profesionales deben fortalecer el desarrollo de sus competencias y apropiarse de los diferentes contextos para desarrollar su accionar. Este estudio no incluyó el análisis de las actividades y dinámicas grupales dentro del D.A.P.A, lo que impide suponer si el rol que cumple enfermería constituye un aporte interdisciplinario en esta materia, algo que quizás deba ser analizado en próximos trabajos sobre la temática.

La pandemia de COVID-19 puso una vez más en primera plana la multiplicidad de tareas que deben cumplir y el papel esencial que ocupan los enfermeros/as y todos los profesionales y personal hospitalarios considerados esenciales dentro de un sistema de Salud. Los enfermeros/as son personas que se dedican a mucho más que administrar medicamentos, asistir a los médicos, aplicar vacunas y cuidar enfermos; son un recurso humano imprescindible. Es por eso que hoy, más que nunca, es fundamental reconocer la contribución invaluable e indispensable que realiza el personal de enfermería a la Salud en todo el mundo.

La situación sanitaria por la cual atraviesa el mundo pone en jaque la salud mental. Los trastornos depresivos podrían aumentar hasta un 20% a causa de la COVID-19 y de las crisis sociales y económicas (El Global, 2020).

De acuerdo con lo evaluado en relación a la formación profesional puede pensarse que el futuro profesional de enfermería no se ajusta a la realidad territorial APS que se requiere actualmente, pero puede pensarse que debería hacerse hincapié en el desarrollo de habilidades propias de la disciplina sumando conceptualizaciones desde las demás disciplinas para poder aplicar estrategias de intervención de enfermería y realizar actividades socio comunitarias que en este nivel se realizan.

Durante el desarrollo de la investigación, específicamente en la aplicación de la encuesta, a través de cuyo análisis se concluye que el profesional de enfermería no aplica estrategias de intervención con mujeres con síntomas depresivos; es necesario aclarar que no se indagó si los enfermeros/as reconocen síntomas depresivos. Esto quizás puede ser un factor para que no apliquen estrategias.

PLAN DE MEJORA

Con los datos obtenidos y evidenciados sobre la no aplicación de estrategias en mujeres con síntomas depresivos por parte del personal de enfermería en el primer nivel de salud, sobre todo en estos tiempos en que cada día aumentan los casos de depresión a nivel mundial, impera la necesidad de implementar cambios que faciliten una gestión más eficiente. A raíz de ello surgen las siguientes propuestas:

- 1- Promover capacitación continua, específica en APS y salud mental comunitaria,
 1. Promover residencia de enfermería sobre salud mental en los CAPS en la Ciudad de San Carlos de Bariloche.
 2. Homogeneizar las líneas de actuación y decisión en el área independiente de enfermería y protocolizar las que corresponde al ámbito de colaboración.
 3. Unificar el lenguaje enfermero en el ámbito asistencial.
 4. Readecuar los programas de formación prácticas clínicas en Centros de Salud.
 5. Promover pasantías de alumnos avanzados para la formación interdisciplinaria en salud mental en los centros de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- American Sychiatric Asociación. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5 ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Berman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería* (9 ed., Vol. 1). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Berman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Pearson Educaion S.A.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev Med Chile*, 1297-1305.
- Calderón Quintana, E., & Castro Fernández, M. E. (2017). *El papel de enfermería en la depresion mayor*.
- Cardenas, Esguerra, I. (enero de 1991). Rol del Profesional de Enfermería en salud mental y psiquiatra. *Avances en Enfermería*.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (30 de septiembre de 2015). *Consejo Internacional de Enfermeras*. Recuperado el agosto de 2017, de <http://temasdeenfermeria.com.ar/definicion-deenfermeria/>
- Convención de los Derechos de las personas con dis. (13 de Diciembre de 2006). *Buenos Aires Ciudad*. Obtenido de Buenos Aires Ciudad: <https://www.buenosaires.gob.ar/copidis/convencion-de-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad>
- Diario la Nación. (2017). *La depresión encabeza el ranking de enfermedades en la Region*. Obtenido de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-depresion-encabeza-el-ranking-de-enfermedades-en-la-region-nid2006044?fbclid=IwAR2YcZvAG6wwd2ryQE-RBi7M0VUPT9cFNxyyyOW0bZ4dCE9PSgCKDa05hC>
- El Global. (7 de septiembre de 2020). *Los trastornos depresivos podrían aumentar hasta un 20% a causa de la COVID-19*. Obtenido de <https://elglobal.es/politica/los-trastornos-depresivos-podrian-aumentar-hasta-un-20-a-causa-de-la-covid-19/>
- Escobar, M. B., & Escobar, R. A. (2016). Marco Histórico de la Enfemeria relacionado con el desarrollo de la profesión. *UNIMAR*, 181-191.
- Hildegard, P. E. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Mallorca: Salvat Editores S.A.

- Hospital Zonal Bariloche. (junio de 2005). *Hospital Zonal Bariloche*. Obtenido de <http://www.hospitalbariloche.com.ar/>
- Lopez C, G., Badia R, W., Caballero A, A., Casaus S, P., Piñol M, J. L., & Aragonés, E. (2012). efectividad del programa para el abordaje multidisciplinario de la depresion que potencia el rol enfermero en atencion primaria. *15*(2).
- Ministerio de Salud de Rio Negro. (2 de Noviembre de 2018). *Ministerio de salud de Rio Negro*. Obtenido de <https://www.rionegro.gov.ar/?contID=57546>
- Ministerio de Salud de la Nación. (1991). *Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-403>
- Ministerio de Salud de Rio Negro. (s.f.). *Ministerio de Salud de Rio Negro*. Obtenido de <https://rionegro.gov.ar/index.php?contID=48788>
- OMS. (22 de Marzo de 2018). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (18 de Marzo de 2018). *Organización mundial de la salud*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (enero de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes, estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- Reina, N. C. (2010). Proceso de Enfermería: Instrumento para el Cuidado. *Redalib*, *17*, 18-23.
- Stagnaro, J. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina.
- Téllez Ortiz, S. E., & García Flores, M. (2012). *Modelos de Cuidados de Enfermería*. Mexico: Mc Graw Hill.

Tomey, A. M. (2007). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid: Elsevier.

Vázquez M, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, 193-217.

Vignolo, J. (2011). *Prensa Médica Latinoamericana*. Obtenido de Niveles de atención , de prevención y atención primaria de la salud.

A handwritten signature or mark consisting of a stylized, cursive 'S' or '8' shape.

ANEXOS

ANEXO I.- PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS A UTILIZAR CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ÁREA PROGRAMA BARILOCHE Y DEPARTAMENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL ÁREA (DAPA), PARA ESTA INVESTIGACIÓN.

Encuesta

Estimado/a agradezco su colaboración para participar en este estudio que forma parte de mi trabajo final para optar el título de Licencia en Enfermería, su participación en el mismo es carácter anónimo.

Edad:

Sexo:

1- ¿En qué año finalizó sus estudios de enfermería?

2- ¿Cuál es el título que obtuvo?

3- ¿En qué área de trabajo se desempeñó previamente?

4- ¿Cuánto tiempo hace que se desempeña trabajando en el Primer Nivel de Atención?

5- ¿Cuál es su función dentro del área actual de trabajo?

6- Marcar con una cruz con qué profesionales actualmente trabaja. (Puede marcar más de uno)

Médico generalista

Ginecóloga/o

Psicólogo/a

Odontólogo

mental ¿Cuáles?

Otros ¿Cuáles?

e) Agente sanitario

f) Asistente social

g) Pediatra

h) Profesionales de salud

7- ¿Qué actividades de enfermería reconoce realizar con mujeres adultas?

8- ¿Realiza estrategias realiza con mujeres con síntomas de depresión?

9- ¿Cuáles considera son las actividades adecuadas a implementar en la atención a

ANEXO II. Tablas de análisis de los datos obtenidos en las encuestas.

Tabla N°1. Edad del personal de enfermería.

Edad	
Media	47,4
Desvió estándar	10,4

Tabla N°2. Porcentaje de género.

variables	N (%)
Genero	
Masculinos	4 (20%)
femeninos	16 (80%)

Tabla N° 4 Antigüedad, con la media y desvió estándar.

Media	12
Estándar	10,8

