Resultados de la salud mental materna y la salud mental infantil y visitas domiciliarias

[1]Robert T. Ammerman, PhD, [2]S. Darius Tandon, PhD[b]

[1]Cincinnati Children's Hospital Medical Center and University of Cincinnati College of Medicine, EE.UU., [2]Johns Hopkins University Department of Pediatrics, EE.UU.

Septiembre 2012

Introducción

Los problemas de salud mental (de los cuales la depresión materna es el más común) son muy frecuentes en mujeres de bajos ingresos. Esto es de esperar teniendo en cuenta que están en alto riesgo debido a factores intrínsecos tales como eventos estresantes de la vida, apoyo social bajo, estrés del cuidado infantil, dificultades de la vida matrimonial y pobreza.[1,2] Los niños de madres deprimidas, incluyendo aquellos con depresión subclínica, pueden experimentar una gama de consecuencias negativas incluyendo retardo en su desarrollo, deficiencias cognitivas e inseguridad en el establecimiento de vínculos.[3,4] Teniendo en cuenta el gran número de mujeres perinatales que atienden, los programas de visitas domiciliarias están en una posición excepcional para abordar la depresión materna. En este capítulo, nos centramos en investigaciones recientes relacionadas con la identificación de programas de visitas domiciliarias y la respuesta a la depresión materna, los vacíos de identidad en la presente investigación, y proporcionaremos recomendaciones para la comunidad dedicada a la práctica y a formular políticas para abordar la

depresión materna dentro de las visitas domiciliarias.

Tema

Los programas de visitas domiciliarias son comunes en los países desarrollados, lo que refleja los esfuerzos por optimizar el desarrollo del niño y el rumbo de la vida de la madre. Se ha hecho una inversión social y financiera significativa en estos programas. La investigación ha demostrado que una gran proporción de las madres atendidas en visitas domiciliarias sufren de problemas de salud mental, y hasta el 50 por ciento experimenta niveles clínicamente elevados de depresión durante los primeros años críticos del desarrollo de su niño.[5] Hay evidencia que muestra que muchas madres deprimidas no logran beneficiarse de los programas de visitas domiciliarias.[6] La identificación de las madres deprimidas o aquellas en riesgo de depresión, las cuales están participando en las visitas domiciliarias, el tratamiento y la prevención de la afección con sus consecuencias perjudiciales, pueden mejorar los resultados del programa y promover el desarrollo infantil saludable.

Problemática

La depresión en madres recientes tiene efectos negativos profundos y con frecuencia a largo plazo en la crianza y el desarrollo infantil. Las madres deprimidas están a menudo sobrellevadas en su papel de crianza, tienen dificultades para captar los impulsos infantiles, luchan para satisfacer las necesidades sociales y emocionales de sus niños, y son menos tolerantes frente al mal comportamiento de los niños.[7] Los hijos de madres deprimidas, en particular si están expuestos a la depresión en los primeros años de su vida, tienen más probabilidad de mantener vínculos débiles con sus proveedores de cuidado, experimentar disregulación emocional y de comportamiento, tienen dificultades de atención y de memoria, y están en mayor riesgo de trastornos psiquiátricos a lo largo de su niñez.[8] La visita domiciliara se centra en el fomento del desarrollo saludable del niño mediante el mejoramiento de la crianza y el funcionamiento materno. En la medida en que las madres deprimidas tengan problemas persistentes de humor durante su participación en visitas domiciliarias, es posible que se beneficien menos de los servicios y sus hijos seguirán en riesgo en cuanto a resultados deficientes. Además, uno de los objetivos de la visita domiciliaria es el de vincular a las madres con otros servicios profesionales en sus comunidades, incluyendo el tratamiento de salud mental. Sin embargo, los visitadores domiciliarios pueden no reconocer la necesidad para tal referencia en madres deprimidas, e incluso cuando son exitosamente identificas referidas a los proveedores de salud mental, pocas

madres reciben un tratamiento efectivo.[6]

Contexto de la investigación

No obstante el número creciente de estudios sobre la eficacia de las visitas domiciliarias, sólo hasta hace poco se ha prestado atención a la depresión materna. Se han realizado investigaciones para determinar la prevalencia de la depresión materna entre los clientes de visitas domiciliarias, [9,10,11,12] donde estos estudios han revelado tasas de síntomas depresivos de cerca del 50 por ciento. Un número menor de estudios ha examinado la identificación de los programas de visitas domiciliarias frente a la depresión materna,[9,11] y los desafíos relacionados con la identificación y la respuesta del programa.[13,14] En reconocimiento a la prevalencia de la depresión materna y la respuesta limitada de los programas de visitas domiciliarias respecto a esta problemática, fueron desarrolladas intervenciones que apuntan a la prevención y al tratamiento de la depresión materna.

Preguntas claves de la investigación

Hay tres preguntas claves de la investigación:

- Primero, ¿cómo afecta la depresión materna los resultados del interés en visitas domiciliarias, incluyendo la crianza, trayectoria de la vida materna, la salud y el desarrollo infantil?
- Segundo, ¿cuál es la prevalencia y la trayectoria de la depresión materna en el contexto de las visitas domiciliarias? Una temática afín es la comprensión de las implicaciones de síntomas elevados de depresión frente al diagnóstico de trastornos depresivos mayores.
- Tercero, ¿cuál es el mejor enfoque para la prevención y el tratamiento de la depresión en las madres recientes que participan en los programas de visitas domiciliarias?

Resultados recientes de investigaciones

Visitas domiciliarias y depresión materna

Hasta la fecha, hay evidencia limitada de que los programas de visitas domiciliarias tengan impacto sobre la depresión materna. Un ensayo aleatorio controlado que compara las familias visitadas a domicilio con participantes de control que recibieron otros servicios comunitarios encontró una diferencia estadísticamente significativa en síntomas depresivos medios dos años

después de la inscripción, pero este contraste fue insignificante tres años después de la inscripción.[15] Un segundo estudio de *Early Head Start* no reveló diferencias en síntomas depresivos entre los participantes de la intervención y las del grupo de control después de la intervención, aunque se detectó una diferencia en un seguimiento a más largo plazo antes de la inscripción de los niños en el jardín infantil.[10] Otros estudios de ensayos aleatorios controlados no han revelado efectos de las visitas domiciliarias sobre los síntomas de depresión materna.[12,16,17]

Hay evidencia de que la depresión puede tener un impacto negativo sobre los programas de visitas domiciliarias. La depresión se ha asociado con los conceptos negativos de crianza y el conocimiento limitado de desarrollo infantil.[18] En el Proyecto de investigación y evaluación de *Early Head Start*,[6] las madres deprimidas mostraron deficiencias en la interacción madre-hijo y en el alcance de metas educativas y laborales con relación a aquellas sin depresión. Sin embargo, las madres deprimidas mostraron también beneficios en algunos aspectos atinentes a compromiso con sus niños durante tareas estructuradas. Duggan et al.[19] descubrieron que las madres deprimidas con menores niveles de ansiedad de apego mostraron mejoras en sensibilidad a los impulsos infantiles con relación a aquellas con mayores niveles de ansiedad de apego y aquellas que no recibieron visitas domiciliarias. La investigación sobre *Nurse-Family Partnership*[20] ha revelado sistemáticamente que las madres con bajos recursos psicológicos, un concepto hipotético que incluye algunos síntomas de depresión, se benefician más de las visitas domiciliarias. Visto en conjunto, es evidente que la depresión afecta los resultados de las visitas domiciliarias en formas muy complejas.

Identificación y respuesta a la depresión materna

Los visitadores domiciliarios generalmente no identifican ni responden a la depresión materna en el curso de sus visitas domiciliarias con clientes.[11,12,17] Parece que varias razones contribuyen a la falta de atención hacia la depresión materna, incluyendo la impresión de que no tienen la formación adecuada en cuanto a enfoques para discutir el tema con los clientes, la idea de que los clientes depresivos son más difíciles de contraer compromisos, los desafíos para priorizar la discusión sobre salud en el contexto de las otras necesidades apremiantes de los clientes e igualmente la falta de claridad sobre el alcance hasta donde deberían abordar la depresión materna.[13,14] La evaluación y la referencia sistemática en el momento de la inscripción para las visitas domiciliarias pueden ayudar a identificar a las mujeres en necesidad de apoyo para la depresión materna.

Tratamiento de la depresión materna

Como las madres deprimidas raramente obtienen tratamiento adecuado en la comunidad, se han desarrollado dos enfoques para proveer tratamiento en la casa. Ammerman y sus colegas crearon la Terapia cognitivo-conductual en el hogar (IH-CBT).[21] La IH-CBT es un enfoque estructurado y guiado por manuales, que es proporcionado por un terapista con grado de maestría. Es una forma adaptada de un tratamiento basado en evidencias para la depresión, que ha sido modificada para el entorno del hogar, atiende las necesidades particulares de madres recientes que están socialmente aisladas y viven en la pobreza, y cuenta con el visitador domiciliario para facilitar una fuerte relación de colaboración con el fin de maximizar los resultados para las madres y los hijos. Un ensayo clínico reciente[22] reveló que las madres con trastornos depresivos mayores que reciben IH-CBT junto con visitas domiciliarias, con relación a aquellas que reciben sólo visitas domiciliarias, tuvieron niveles más bajos de trastornos depresivos mayores diagnosticados después del tratamiento (29.3 por ciento vs. 69.0 por ciento) y en un seguimiento a los tres meses (21.0 por ciento vs. 52.6 por ciento). También mostraron mayores descensos en síntomas depresivos señalados por las mismas, incrementaron el apoyo social, bajaron los niveles de otros síntomas psiquiátricos e incrementaron su capacidad funcional.

Beeber et al.[23] condujeron un ensayo clínico de psicoterapia interpersonal (IP) con 80 madres latinas inmigradas recientemente, de 15 años o mayores, que estuvieron participando en *Early Head Start*. Las madres deprimidas fueron asignadas de manera aleatoria para el tratamiento de IP o para un estado de “cuidado habitual”. Once sesiones fueron proporcionadas por el equipo, y cinco refuerzos adicionales fueron administrados por el intérprete. Los resultados mostraron descensos significativos en depresión señalada por la misma persona en la IP con relación al grupo de cuidado habitual que se mantuvo a un mes después del tratamiento.

Intervenciones para prevenir la depresión materna

Teniendo en cuenta el gran número de clientes de visitas domiciliarias con riesgo de desarrollar depresión, Tandon y colegas han adaptado una intervención – el Curso de madres y niños[24] – para ser usado como una intervención de prevención de la depresión. Los hallazgos de un estudio aleatorio controlado reciente[25,26] revelaron que los síntomas depresivos disminuyeron a una velocidad significativamente más alta para los participantes en las intervenciones que para los participantes de cuidados habituales entre línea de referencia y una semana, tres meses y seis meses después de la intervención. Los participantes en intervenciones también tenían menos

probabilidad de tener un episodio depresivo a los seis meses después de la intervención en comparación con los participantes de cuidados habituales (14.6 por ciento vs. 32.4 por ciento), según la evaluación de una entrevista clínica estructurada.

Brechas en la investigación

Las investigaciones sobre depresión en visitas domiciliarias todavía se encuentran en sus etapas iniciales. Existe una necesidad de estudios impulsados por teoría que examinen cómo la depresión materna afecta los resultados de madres e hijos en los programas de visitas domiciliarias. El enfoque principal de este esfuerzo debería redundar en una mejor comprensión de cómo la severidad de la depresión y el curso de la misma, interactúan con los elementos del programa para obtener resultados positivos o negativos. En este aspecto, muy pocos estudios han identificado síntomas depresivos elevados en la afección clínica de trastornos depresivos graves. Es posible que tal distinción sea importante para comprender cómo la depresión afecta la visita domiciliaria y cuál sería la mejor forma de abordarla. La identificación de influencias moderadoras y mecanismos de cambio servirán de guía para el mejoramiento de los programas de visitas domiciliarias para satisfacer mejor las necesidades de la población. Tales refinamientos del programa comprenderán probablemente la capacitación y supervisión de los visitadores domiciliarios, cambios curriculares, evaluación e identificación sistemáticas, y enfoques ampliados que busquen prevenir la depresión, o proveer tratamientos efectivos a aquellos que ya sufren de trastornos depresivos graves. Con respecto a la prevención y el tratamiento, hay escasez de información sobre los impactos a largo plazo de estas adiciones a los programas. El trastorno depresivo grave es episódico, y la recaída es común. Como resultado de ello, los enfoques de prevención y tratamiento que disminuyen el riesgo de recaída, y/o aumenta los intervalos entre episodios depresivos graves a largo plazo representan la mejor promesa para beneficiar a la madres e hijos. Finalmente, una necesidad para comprender mejor cómo diseminar los programas de prevención y tratamiento sustentados empíricamente a gran escala y a través de diferentes modelos de visitas domiciliarias.

Conclusiones

La salud mental materna, en particular la depresión, en programas de visitas domiciliarias es una preocupación muy grave. La evidencia sugiere que la depresión es altamente frecuente. Los visitadores domiciliarios están confrontados a desafíos a menudo al trabajar con madres deprimidas, tienen dificultades para identificar la depresión, y se esfuerzan para vincular las

madres con tratamientos efectivos para la salud mental en la comunidad. La investigación del impacto de la depresión sobre los resultados de las visitas domiciliarias es diversa con algunos estudios que revelan resultados negativos mientras que otros sugieren que las madres deprimidas pueden beneficiarse de estos programas. Sin embargo, los estudios indican que las visitas domiciliarias solas tienen pocos impactos positivos sobre los síntomas de la depresión materna. En la medida en que las madres están deprimidas durante las visitas domiciliarias, lo más probable es que este factor tenga implicaciones para la salud y el desarrollo del niño. Han surgido varios enfoques basados en evidencias para prevenir y tratar la depresión. Aunque la investigación continuada es justificada, las conclusiones preliminares son alentadoras y sugieren que las visitas domiciliarias es un escenario importante donde se entra en contacto con las madres deprimidas o con aquellas en riesgo de depresión.

Implicaciones para los padres, los servicios y las políticas

Como la depresión es altamente frecuente entre las mujeres inscritas en las visitas domiciliarias, se necesita utilizar enfoque multimodales sistemáticos para identificar y responder efectiva y eficientemente a esta problemática. Primero, se debe realizar un examen sistemático para cada cliente nuevo que se inscriba en el programa de visitas domiciliarias. Hay herramientas de examen confiables, válidas y breves disponibles inmediatamente que pueden ser integradas en los procesos de apropiación estándares del programa. Segundo, los programas deben proporcionar la formación para los visitadores domiciliarios sobre cómo abordar la depresión materna durante las visitas domiciliarias. Los visitadores domiciliarios deberán comprender cuándo y cómo se debe abordar la depresión materna y cuándo deberán referir las madres a profesionales de salud mental. La formación deberá proveer orientación sobre cómo equilibrar las conversaciones sobre las necesidades identificadas por la familia mediante discusiones relacionadas con la depresión materna y otros factores de riesgo psicológico perjudiciales para una crianza efectiva. Se deberá hacer énfasis en el desarrollo de las destrezas de los visitadores domiciliarios y en que se utilicen esas destrezas. El uso de la supervisión reflexiva[27] y el entrenamiento[28] son dos enfoques que se han utilizado de manera efectiva en otros contextos para desarrollar y mantener las destrezas del personal. Tercero, los esfuerzos para aumentar los servicios de visitas domiciliarias existentes con intervenciones en salud mental con el fin de prevenir y tratar la depresión materna deberán ser sometidos a más pruebas con estudios investigativos rigurosos y ampliados, conforme a las necesidades. También se deberá hacer esfuerzos para integrar las intervenciones preventivas y de tratamiento dentro de un solo

programa de visitas domiciliarias para que se sustente el espectro entero de mujeres que necesitan intervención por causa de depresión materna. En cada una de estas áreas recomendadas para política y práctica, deben estar implicadas múltiples partes interesadas (incluyendo el personal de visitas domiciliarias y clientes) para asegurar el desarrollo de enfoques ecológicamente válidos y garantizar la aceptación y pertenencia de la comunidad.

Referencias

1. Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36, 542-549.
2. Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 316-321.
3. Center on the Developing Child. (2009). *Maternal depression can undermine the development of young children* (Working Paper 8). Boston, MA: Harvard University.
4. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Depression in parents, parenting and children: Opportunities to improve identification, treatment and prevention.* Washington DC: The National Academies Press.
5. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Bosse, N. R., Teeters, A. R., & Van Ginkel, J. B. (2010). Maternal depression in home visitation: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior,* 15, 191-200.
6. Administration on Children Youth and Families. (2002). *Making a difference in the lives of children and families: The Impacts of Early Head Start Programs on infants and toddlers and their families.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
7. Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-135.
8. Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., Perra, O., & Sharp, D. (2010). Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child Development*, 81, 149-165.
9. Ammerman, R. T., Putnam, F. W. , Altaye, M., Chen, L., Holleb, L., Stevens, J., Short, J., & Van Ginkel, J. B. (2009). Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visitation. *Child Abuse & Neglect*, 33, 127-138.
10. Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B. A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., & Hart, A. (2007). It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal*, 28, 151-170.
11. Tandon, S. D., Parillo, K. M, Jenkins, C. J., & Duggan, A. K. (2005). Home visitors' recognition of and response to malleable risk factors among low-income pregnant and parenting women. *Maternal Child Health Journal*, 9, 273-283.
12. Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., & Crowne, S. S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31, 801-827.
13. Lecroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitation: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1003-1013.
14. Tandon, S. D., Mercer, C., Saylor, E., & Duggan, A. K. (2008). Paraprofessional home visitors' perceptions of addressing poor mental health, substance abuse, and domestic violence: A qualitative study. *Early Childhood Research Quarterly*, 23, 419-428.
15. Landsverk, J., Carrilio, T., Connelly, C. D., Granger, W. C., Slymen, D. J., & Newton R. R. (2002). *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report*: San Diego, CA: San Diego Children's Hospital and Health Center.
16. Mitchell-Herzfeld, S., Izzo, C., Greene, R., Lee, E., & Lowenfels, A. (2005). *Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First year program impacts.* Albany, NY: Healthy Families New York.

17. Duggan, A. K., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S., McFarlane, E., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 28, 623-643.

18. Jacobs, S., & Easterbrooks, M. A. (2005). *Healthy Familes Massachusetts final evaluation report*. 2005; Retrieved from http://www.healthyfamiliesamerica.org/downloads/eval_hfm_tufts_2005.pdf.

19. Duggan, A., Berlin, L., Cassidy, J., Burrell, L., & Tandon, S. (2009). Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 77, 788-799.

20. Olds, D. L. (2010). The nurse-family partnership: From trials to practice. In A. J. Reynolds, A. J. Rolnick, M. M. Englund, & J. A. Temple (Eds.) (2010). *Childhood programs and practices in the first decade of life: A human capital integration* (pp.40-75). New York, NY: Cambridge University Press.

21. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Bosse, N. R., Short, J. A., Bodley, A. L., & Van Ginkel, J. B. (2011). An open trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 1333-1341.

22. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Stevens, J., & Van Ginkel, J. B. (2012). *A clinical trial of In-Home CBT for depressed mothers in home visitation.* Unpublished manuscript, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA.

23. Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., Schwartz, T., Lewis, V., Blanchard, H., Canuso, R., & Goldman, B. D. (2010). Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start Latina mothers of infants and toddlers. *Research in Nursing & Health*, 33, 60-76.

24. Munoz, R. F., Le, H. N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G. G., et al. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebes/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 70-83.

25. Tandon, S. D., Mendelson, T., Kemp, K., Leis, J., Perry, D. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 707-712

26. Tandon, S. D., Leis, J., Mendelson, T., Perry, D. F., & Kemp, K. (2012). *6-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients*. Unpublished manuscript, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.

27. Heller, S. S., & Gilkerson, L. (2011). *Practical guide to reflective supervision*. Washington, DC: Zero to Three.

28. Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida.