



Bienestar familiar: Enfoque en la depresión parental

El Centro Nacional del Compromiso de Padres, Familias y Comunidad ha creado la Serie de la investigación a la práctica dentro del Marco de la participación de los padres, la familia y la comunidad (PFCE) de la Oficina Nacional de Head Start (OHS). Este documento, uno de los recursos de esta serie, aborda la depresión en los padres, uno de los retos más comunes de la salud mental que afecta los resultados del “Bienestar de la familia”: “Los padres y las familias se encuentran seguros, sanos y disfrutan de una mayor estabilidad económica”.

Este recurso presenta un resumen selecto de investigaciones, intervenciones comprobadas y estrategias programáticas cuyo propósito es el de ser útiles para la comunidad de Head Start (HS), Early Head Start (EHS) y otros programas de la Primera Infancia.

Introducción

Las pruebas derivadas de la investigación y la práctica de la primera infancia muestran un fuerte vínculo entre la salud y el bienestar de los padres y el desarrollo de sus hijos (Shonkoff & Phillips, 2000). Mientras que la crianza de niños es un reto para cualquier padre, una buena salud y bienestar pueden facilitar a las madres y los padres el poder proporcionar una atención sensible y receptiva, que constituye la base para el desarrollo saludable del cerebro. Como resultado, los niños pequeños desarrollan las habilidades que necesitan para tener éxito en la vida y en la escuela, tales como el manejo de sus emociones y comportamientos, la formación de relaciones saludables con los adultos y compañeros, adaptarse a nuevas situaciones y resolver conflictos (Centro sobre el Desarrollo Infantil en la Universidad de Harvard, 2010). La depresión parental, en particular, puede afectar la calidad de su labor en la crianza de sus hijos (Beardslee, Avery, Ayoub, & Watts, 2009). A su vez, los niños pueden desarrollar problemas cognitivos, emocionales y de comportamiento que pueden evitar que pasen al kínder preparados y capaces de aprender (National Research Council & Institute of Medicine [NRC & IOM], 2009).

La depresión parental es común en las familias de Head Start y Early Head Start. Casi la mitad (48%) de las madres en uno de los estudios en los que los niños eran elegibles para EHS sufrían de suficientes síntomas como para considerarse que estaban deprimidas. En el 12% de estas mujeres, la depresión era crónica (por ejemplo, experimentaban estados de ánimo bajos por periodos de tiempo prolongados, en ocasiones por años). La depresión también afecta a los papás varones. Otro estudio determinó que un 18% de los padres de EHS tenían síntomas de depresión cuando sus hijos tenían dos años de edad. Un 16% se encontraban todavía deprimidos cuando sus hijos contaban con tres años de edad (Administración para Niños y Familias [ACF], 2002).

El alto índice de depresión parental entre las familias de Head Start y Early Head Start es una seria preocupación. El personal de HS/EHS puede trabajar en conjunto con los padres para reconocer y tratar la depresión en las primeras etapas de la vida de sus hijos.



El Marco PFCE de la Oficina Nacional de Head Start es un enfoque hacia los cambios programáticos, fundamentado en la investigación, que demuestra cómo los programas HS/EHS pueden trabajar juntos como una entidad –a través de los sistemas y áreas de servicio –para fomentar la participación familiar así como el aprendizaje y el desarrollo de los niños.

La investigación y las prácticas descritas en este recurso demuestran que el suministro de apoyo basado en las fortalezas, la información acerca de la depresión y las referencias para tratamiento pueden representar una enorme diferencia para los padres que sufren de depresión y para sus hijos también.

LOS SÍNTOMAS COMUNES DE LA DEPRESIÓN INCLUYEN:

- estados de ánimo de tristeza, enojo o irritabilidad
- ansiedad
- cambio en los hábitos alimenticios y de sueño
- poca energía
- problemas para concentrarse
- llorar frecuentemente
- negatividad
- baja autoestima
- retraimiento social
- menor disfrute de las actividades que antes eran disfrutables
- sentirse abrumado
- pensamientos de suicidio o de autolesionarse

Los síntomas de la depresión pueden variar según la edad, el género, la cultura y otras características individuales y ambientales, y pueden no ser exactamente los mismos de persona a persona. Para obtener más información, consulte <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>.

La depresión parental: Lo que sabemos

La depresión es una condición común que afecta a personas de todos los orígenes, clases y etnias. Aproximadamente 15.6 millones de niños viven con una madre o padre deprimido (NRC & IOM, 2009). La tasa entre las familias inscritas en HS / EHS es más de dos veces mayor que en la población general. Sin embargo, en muchos entornos, tales como en los programas de HS / EHS, la depresión de los padres a menudo no es reconocida o no se aborda.

Los síntomas de la depresión pueden aparecer repentinamente (depresión aguda) o pueden ser constantes y de larga duración (depresión crónica). Cuando es grave, la depresión es un trastorno de salud mental que impide que los padres funcionen bien en los aspectos cotidianos de la vida. A veces se acompaña de pensamientos suicidas (NIMH, 2000).

Una serie de factores, ya sean biológicos, familiares, personales o sociales, pueden contribuir a las enfermedades mentales de los padres, de manera general, y para la depresión en particular. Los ejemplos incluyen: cambios hormonales y experiencias durante el embarazo y después del embarazo (posparto), antecedentes familiares de depresión, depresión previa, estrés de la vida (por ej.: violencia doméstica, trauma, abuso de sustancias reguladas), pobreza, aislamiento social y opresión. Estos factores de riesgo pueden dañar a los niños directamente al exponerlos a condiciones desfavorables, o indirectamente mediante el aumento de la depresión de los padres, que pueden conducir a una crianza deficiente de los hijos y a resultados del niño negativos (Onunaku, 2005).

Maneras en que afecta la depresión parental a los niños pequeños

Aunque esto no es siempre el caso, los padres que están deprimidos tienen una menor tendencia a ser receptivos y sensibles con sus hijos. También pueden ser hostiles e intrusivos o poco participativos y negligentes. Estos comportamientos negativos durante la crianza incrementan el riesgo de problemas de comportamiento, emocionales, físicos y cognitivos en los niños (NRC & IOM, 2009). Los problemas de desarrollo en los niños son especialmente probables cuando los síntomas depresivos de los padres son severos y de larga duración, y cuando la depresión de los padres ocurre durante los periodos de un desarrollo acelerado del cerebro en los niños (por ejemplo, antes del nacimiento hasta los tres años).

La exposición a las dificultades, como la pobreza, el maltrato infantil, el abuso de sustancias reguladas de parte de los padres y la violencia en la comunidad aumenta las probabilidades de depresión de los padres y al mismo tiempo causa daño a los niños (Ayoub, 2006; NRC & IOM, 2009). Tanto los factores de riesgo como los de protección interactúan con la depresión y afectan el bienestar familiar y el desarrollo del niño (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Los efectos negativos de la depresión pueden ser peores cuando la familia vive en la pobreza. Los padres que sufren de depresión y que viven en la pobreza pueden carecer de los recursos personales para acceder a los apoyos necesarios, tales como estampillas de comida, transporte y servicios de salud mental (Love et al., 2005). Por otro lado, cuando los profesionales y las comunidades ofrecen apoyo social, se centran en los puntos fuertes de los niños y los padres, y ayudan a estos últimos a entender la depresión, pueden brindar apoyo para la crianza saludable de los niños (Beardslee et al., 2009).

Las relaciones entre padres e hijos son una "calle de dos sentidos", y los factores relacionados con el niño (el temperamento, la salud física y el comportamiento) afectan también la depresión en los padres de formas tanto positivas como negativas. Por ejemplo, un estudio encontró que el desarrollo más sano del niño entre los dos y tres años de edad tuvo una influencia positiva en la depresión de las madres (Chazan-Cohen et al., 2009). Por otro lado, unos niveles más altos de agresión de parte del niño estaban relacionados con una depresión maternal más crónica. Otro estudio encontró que la probabilidad de que la madre desarrollara una depresión posparto aumentó cuando los recién nacidos eran irritables y difíciles de consolar (Murray, Cooper, y Hipwell, 2003). La discapacidad del desarrollo en el niño es otro de los factores que pueden aumentar el riesgo de depresión en los padres (Singer & Floyd, 2006).



Entre los factores relacionados con los padres que aumentan el riesgo de depresión se encuentran los problemas de salud física, las relaciones enfermizas entre parejas íntimas y el aislamiento social. Entre los factores a nivel comunitario figuran las malas condiciones de la colonia o fraccionamiento, la pobreza y la falta de acceso a programas de alta calidad de la primera infancia. Por otro lado, cuando los padres se encuentran en buen estado de salud, tienen relaciones sanas con los demás, y pueden acceder a los recursos comunitarios suficientes, son menos propensos a estar deprimidos y tienen más probabilidades de recuperarse cuando ya sufren de depresión (NRC & IOM, 2009).

Tratamiento de la depresión de los padres y apoyo al desarrollo de los niños

Afortunadamente, de todas las condiciones médicas, la depresión es una de las más tratables. Décadas de investigación han demostrado que los medicamentos, la psicoterapia, las intervenciones conductuales, la medicina alternativa y otros métodos pueden ser efectivos en el tratamiento de la depresión en los adultos (Golden, Hawkins, & Beardslee, 2011). La investigación también muestra claramente que los resultados deficientes del niño pueden evitarse con un tratamiento rápido y eficaz (NRC & OIM, 2009). Esto depende de si una familia tiene acceso a tratamiento y si decide participar en el mismo.

Los programas para la primera infancia pueden trabajar con los padres para reducir la depresión y sus efectos negativos en los niños. Por ejemplo, un estudio (Chazan-Cohen et al., 2007) encontró que la severidad y el índice de depresión eran más bajas en los padres de EHS en comparación con los padres que no estaban en el programa. Es interesante señalar que el impacto total del programa EHS en los síntomas depresivos de los padres se hizo patente hasta que los niños llegaron al kínder. Las investigaciones de las evaluaciones demuestran que algunos tipos de intervenciones de la primera infancia, como HS / EHS, son especialmente eficaces para reducir la depresión de los padres.



Intervenciones para la detección de la depresión parental y el apoyo a una crianza de niños positiva

Los siguientes enfoques no representan las únicas intervenciones de campo útiles, basados en las pruebas, sino que representan algunos buenos ejemplos de las opciones a considerar por el programa cuando trabajen con padres que están deprimidos. Estas estrategias funcionan mejor cuando los programas de HS / EHS forman asociaciones con los sistemas de servicios de salud mental y los programas de apoyo a las familias en la comunidad. Incluyen las siguientes:

- pruebas de detección,
- intervenciones de atención para la depresión posparto,
- visitas a domicilio (Ammerman, Putnam, Bosse, Teeters, & Van Ginkel, 2010),
- capacitación del personal, empoderamiento y autocuidado (Beardslee et al., 2009),
- consultas de salud mental en la primera infancia (Weatherston, 2001), y
- servicios de salud mental (Beeber et al., 2010) de otras agencias proporcionados en el centro de Head Start o por medio de una terapia prolongada en el hogar o en otros entornos de servicio social a los que las familias pueden ser remitidos.

Prueba de detección de la depresión en los padres

Cuando los síntomas surgen durante o después del embarazo, durante el periodo posparto, la detección y el tratamiento temprano pueden prevenir serias perturbaciones en las relaciones entre padres e hijos (Muñoz, Beardslee, & Leykin, 2012; NRC & IOM, 2009). La detección y el tratamiento oportuno de la depresión en los padres de niños más grandes también pueden proteger a los niños de sus efectos nocivos.

Las pruebas periódicas de detección en los programas de HS / EHS es una estrategia importante para asegurar que se reconocen los síntomas en los padres tan pronto como sea posible (NRC & IOM, 2009). El personal puede alentar a las madres y a los padres a tomar pruebas de detección de la depresión en una variedad de entornos, incluyendo consultorios de pediatras, centros de obstetricia / ginecología, clínicas de salud y centros de salud mental.

Un número cada vez mayor de programas de HS / EHS llevan a cabo con éxito pruebas de detección de depresión parental (Chazan-Cohen et al., 2007). Los enfermeros, trabajadores sociales, trabajadores de la salud, médicos, visitantes domiciliarios y otros profesionales pueden ser capacitados para administrar herramientas de detección validadas y estandarizadas, y para dar seguimiento con los padres sobre los resultados. Las herramientas de evaluación deben calificarse inmediatamente y debe actuarse en consecuencia para que los padres que estén en peligro sean detectados y apoyados tan pronto como sea posible. Deben identificarse de antemano los servicios de emergencia existentes y deben utilizarse de inmediato cuando los resultados de la prueba revelen riesgo de suicidio.



Debido a que muchos padres sin recursos económicos suficientes se ven afectados por la depresión (NRC & IOM, 2009), la detección en HS / EHS puede ser una manera eficaz de identificar la depresión en sus primeras etapas entre un gran número de padres de familia. Los programas de HS / EHS pueden utilizar el Marco PFC para fortalecer el proceso de

detección y la remisión a otros servicios, mediante:

- un aumento en la participación de cribados mediante la creación de un Ambiente del programa en el que los problemas de salud mental se aborden de manera abierta y positiva,
- el ofrecimiento de oportunidades de Desarrollo profesional para el personal que trabaja con los padres que están deprimidos, y
- la utilización de las Asociaciones con la comunidad para crear sistemas integrales de remisión a otros servicios / seguimiento y respuesta a las emergencias (Knitzer et al., 2008).

Consultas de salud mental en la primera infancia

Las consultas de asesoría con los expertos de salud mental de bebés y niños en la primera infancia (I/ECMH según sus siglas en inglés) es una intervención prometedora para la depresión parental (Ammerman et al., 2010). Consultores I/ECMH altamente capacitados en los programas de la primera infancia pueden incrementar el nivel de comodidad y la capacidad del personal para manejar situaciones de salud mental de las familias que pudieran suponer un desafío (Golden et al., 2011) a través de una gama de actividades:

- observando e interpretando el comportamiento de los niños,
- anticipando los cambios en el desarrollo,
- alertando a los cuidadores respecto de las necesidades de los niños,
- detectando las fortalezas y los desafíos que enfrentan los adultos y los niños,
- escuchando y hablando de las dificultades que se presentan,
- creando oportunidades para un cambio positivo en el programa y en el hogar, y
- compartiendo información sobre la manera de detectar y abordar problemas de salud mental en colaboración con los proveedores y los programas de salud mental de la comunidad (Weatherston, 2001).

Conexiones familiares [*Family Connections*] (FC por sus siglas en inglés) es un modelo preventivo a nivel de todo el sistema, para la consulta y educación profesional en temas de la salud mental en los programas de HS / EHS. Este modelo incrementa el conocimiento, las habilidades, el nivel de comodidad y la confianza del personal de HS / EHS cuando trabajan con problemas de la salud mental, a través de la educación profesional, consultas de salud mental con los niños y las familias, evaluaciones e intervenciones en el aula de clases, prácticas reflexivas, supervisión, y un firme enfoque en el autocuidado de parte del personal. Conexiones familiares ayuda al personal a considerar diversas perspectivas y respuestas culturalmente sensibles a la depresión de los adultos y para reconocer la depresión en los padres, en ellos mismos, o en alguien a quien conocen (Beardslee et al., 2010). El compromiso a largo plazo

para la formación de relaciones de confianza, la participación en la autorreflexión, la promoción del *autocuidado de los padres*, y la *integración del enfoque en toda la organización* son aspectos clave de este enfoque (Beardslee et al., 2009, 2010).

Para obtener recursos adicionales sobre Consultas de salud mental en la primera infancia, vea I/ECMH en el Centro de consulta sobre la salud mental en la primera infancia de la Universidad de Georgetown en <http://www.ecmhc.org>. Para Conexiones familiares, visite <http://www.childrenshospital.org> o ECLKC <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc>.

Visitas al hogar para la prevención y tratamiento de la depresión

Las visitas al hogar es uno de los servicios más ampliamente utilizados para prevenir la depresión parental y para promover el bienestar de la familia y de los niños. Es especialmente útil para llegar a los padres que están aislados geográficamente, tienen una movilidad limitada, o están demasiado deprimidos para salir de sus casas para obtener tratamiento.

Desafortunadamente, la depresión de los padres también puede interferir con la prestación de servicios eficaces. Los padres que sufren depresión pueden ser menos capaces de hacer uso de las visitas domiciliarias (Stevens et al., 2002). El personal de HS / EHS puede tener que hacer un esfuerzo adicional para conectarse con estos padres y apoyarlos. Por ejemplo, el personal puede estar en contacto a menudo con los padres que están deprimidos para darle seguimiento a su progreso y fortalecer la relación entre padres y el personal. Además, los consultores de salud mental pueden ofrecer consejos prácticos al personal para trabajar con los padres cuya depresión limita su capacidad para formar conexiones sociales saludables (Ammerman et al., 2010).



El personal de HS / EHS puede utilizar las visitas domiciliarias para formar con las familias unas relaciones positivas enfocadas en las metas, las cuales son clave para el logro del Bienestar de la familia y otros Resultados de la familia. El personal puede identificar las fortalezas y necesidades de las familias y apoyar su participación en los sistemas de apoyo y recursos de acceso en la comunidad.

El trabajo con los padres y la formación de asociaciones con agencias comunitarias

Los programas de HS / EHS pueden crear fuertes asociaciones comunitarias con los centros de atención primaria y de salud mental que proporcionan tratamiento para los padres deprimidos, ampliando el alcance de los servicios de HS / EHS. Varios enfoques de tratamiento, algunos de los cuales se describen a continuación, han sido utilizados con eficacia para apoyar la crianza positiva en los padres que luchan con la depresión.

La terapia interpersonal (IPT según sus siglas en inglés) es un tratamiento ampliamente comprobado y eficaz para los síntomas de la depresión (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000). La terapia interpersonal (IPT) ha sido modificada para las madres después del parto y las familias de diversos orígenes. Una modificación realizada con éxito fue una terapia interpersonal de

cinco meses, basada en el hogar en asociación con los programas EHS en el que los enfermeros psiquiátricos de la salud mental en la comunidad realizan la terapia y se asocian con los visitadores a domicilio. Las madres deprimidas que participaron en esta intervención tenían menores niveles de depresión y reportaron menos agresión en sus hijos que las madres deprimidas que no participaron. Este programa es un claro ejemplo de los beneficios de una asociación colaborativa entre la comunidad HS/EHS (Beeber et al., 2004; Beeber et al., 2010).

La terapia cognitivo-conductual (CBT por sus siglas en inglés), ampliamente utilizada como una intervención de tiempo limitado, es una de las formas más estudiadas entre los tratamientos para la depresión que tienen mayor éxito. Los enfoques de la terapia cognitivo-conductual con los padres depresivos tienen por objeto promover una efectiva crianza de niños, ayudando a los padres a vigilar cualquier pensamiento y comportamiento nocivo y sustituirlos con unos positivos (Muñoz et al., 2007). A menudo los padres se sienten motivados a hacer cambios positivos en sus pensamientos y comportamientos, impulsados por su deseo de ser los mejores padres que puedan ser.

La terapia cognitivo-conductual se ha utilizado con eficacia con las madres afroamericanas y latinas de bajos ingresos, que tienen especialmente un alto riesgo de sufrir depresión posparto (Muñoz et al., 2007). Los programas de HS / EHS pueden colaborar con los sistemas de atención de la salud que utilizan la terapia cognitivo-conductual para desarrollar sistemas de detección y remisión a otros servicios.



Los programas de HS / EHS pueden promover el Bienstar familiar en las familias que experimentan depresión, ayudando a las familias a reconocer y utilizar sus puntos fuertes.

Cómo superar los obstáculos al tratamiento

Los padres podrían no buscar ayuda para la depresión parental por muchas razones. Los programas y el personal pueden aprender estrategias para trabajar eficazmente con los padres para ayudarles a buscar tratamiento y participar en él. A continuación se presentan algunos de los obstáculos comunes y las estrategias que pueden ayudar a superarlos.

Obstáculo: Los síntomas de fatiga y desesperanza que la depresión conlleva pueden minar la energía y la esperanza que los padres necesitan para buscar tratamiento.

Estrategia: El personal puede introducir el tema de la depresión, dar información esperanzadora y tranquilizadora sobre el tema (por ejemplo, la depresión es muy común y se puede tratar con eficacia, y la fatiga y la desesperanza son síntomas frecuentes), y ayudar a los padres a superar los sentimientos de vergüenza.

Obstáculo: El estigma de los problemas de salud mental y los malentendidos que existen sobre sus tratamientos pueden interferir con la capacidad de los padres para obtener la ayuda que necesitan.

Estrategia: Los programas pueden:

- » compartir información sobre los programas y servicios en la comunidad que detectan y tratan la depresión en los padres.
- » hablar con los padres para ayudarles a decidir el enfoque que mejor se adapte a sus creencias, valores y recursos.

Obstáculo: La depresión a menudo impide a los padres dar seguimiento a los planes para conseguir ayuda o para continuar el tratamiento.

Estrategia: El personal puede desempeñar un papel importante en el apoyo a los padres para obtener los servicios que necesitan:

- » ayudando a los padres a hacer una llamada telefónica a los proveedores de salud mental o yendo con los padres a la primera cita cuando parece poco probable que los padres vayan a dar esos pasos sin un apoyo.
- » verificando el bienestar de los padres de manera regular de una forma cálida y sensible lo que puede apoyar el seguimiento del tratamiento.
- » proporcionando apoyo social en los tiempos difíciles.
- » trabajando con los padres para entender los beneficios del tratamiento y ofrecer apoyo continuo para aumentar la probabilidad de éxito del mismo.

Obstáculo: Las preocupaciones sobre la privacidad pueden hacer que algunos padres se sientan reacios a buscar ayuda.

Estrategia: El personal puede comunicar su profundo respeto por la privacidad de las familias y explicar las políticas del programa en materia de confidencialidad.

Obstáculo: Las creencias basadas en la cultura en cuanto a la salud mental y su tratamiento pueden impedir que los padres busquen ayuda. Por ejemplo, en algunas culturas, la depresión puede ser vista como un signo de debilidad y se espera que la gente "se la aguante".

Estrategia: Los miembros del personal pueden:

- » recurrir al conocimiento que cada uno tiene sobre la cultura, escuchar las perspectivas de los padres y expresar un genuino aprecio por puntos de vista diferentes.
- » acoger la sabiduría y la fortaleza de cada uno de los diferentes enfoques para hacer frente a los problemas de salud mental.
- » ayudar a los padres ofreciendo oportunidades individuales y de grupo para hablar acerca de la paternidad en el contexto de la depresión y el estrés relacionado.

Obstáculo: El personal puede percibir que un padre está deprimido, pero se siente inseguro sobre cómo hablar con los padres sobre ello. O bien, el personal puede preocuparse de que el plantear la cuestión provocará sentimientos de incomodidad en los padres.

Estrategia: Hay una serie de maneras de ayudar a las familias a hablar sobre la depresión. Una forma es tener los materiales sobre la depresión disponibles para las familias. Otra es la de describir el comportamiento de los padres de una manera compasiva y sin juzgarlos (por ejemplo, "Te ves decaído hoy"). Consulte Conexiones familiares para ver ejemplos de cómo involucrar a los padres en formas que brinden apoyo, así como artículos cortos sobre depresión y resiliencia (<http://www.childrenshospital.org/familyconnections> y <http://ECLKC.ohs.acf.hhs.gov>).



Conclusión: Para conjuntarlo todo

La depresión es el desafío más común de la salud mental para el logro del Bienestar familiar. Cuando los padres que sufren depresión comienzan el tratamiento en las primeras etapas, pueden proporcionar el cuidado cálido, sensible y predecible que sus hijos necesitan para un desarrollo saludable (Beardslee, 2002). Los niños pequeños que crecen en entornos que no ofrecen este tipo de atención están en riesgo de sufrir una serie de problemas sociales, emocionales, conductuales, cognitivos y de salud física. Estas dificultades pueden surgir e interferir con el comportamiento y el rendimiento académico en los programas de HS / EHS, en el kínder, o más tarde en la vida escolar de los niños.

La investigación ha dado lugar a importantes avances en nuestra comprensión sobre las maneras para ayudar a las familias que están luchando con problemas de salud mental. Los programas HS / EHS pueden trabajar de manera efectiva con las familias utilizando una variedad de enfoques, incluyendo la detección y tratamiento tempranos, consultas, visitas a domicilio y la integración de la capacitación a nivel de todo el sistema para promover la crianza de hijos sanos, y los resultados positivos del niño.

Los programas de HS/EHS también pueden seleccionar una serie de intervenciones y estrategias que correspondan a las necesidades de las familias, sus creencias y sus valores. Los programas pueden mejorar la eficacia de estas intervenciones mediante la coordinación de estrategias y su implementación a lo largo de los Cimientos del programa y las Áreas de impacto del Marco PFCE.

¿Qué pueden hacer los programas?

Capacitar a los proveedores para entender los problemas de salud mental y usar herramientas de detección: Ofrezca oportunidades de desarrollo profesional para el personal para que aprendan a reconocer los signos de la depresión y las habilidades necesarias para abordar a los padres con sus observaciones. El personal puede ser capacitado para detectar la depresión, para proporcionar apoyo compasivo y reconocer los obstáculos que existan para recibir el tratamiento como la preocupación por la privacidad o el estigma que supone la búsqueda de un tratamiento de salud mental.

Proporcionar información sobre la depresión: Ofrezca información sobre los síntomas comunes de la depresión y los tipos de ayuda disponibles. Una vez que los padres reconocen que están sufriendo de depresión, pueden comenzar a considerar qué hacer al respecto. Los programas pueden proporcionar recursos en inglés y en la variedad de idiomas nativos que se hablan en su comunidad. Los programas pueden también asociarse con organizaciones comunitarias o agencias de reasentamiento de refugiados para comprender cómo los diferentes grupos culturales pueden entender la depresión.

Tender la mano a los padres que están luchando con la depresión: Aborde a los padres regularmente y pregunte cómo puede apoyarlos. Los padres pueden sentirse más cómodos con un miembro del personal de su confianza que los escuche de una manera sensible y sin juzgarlos. Los programas pueden crear un ambiente donde se fomenta la confianza y el respeto por la vida privada.

Centrarse en las fortalezas y apoyar la resiliencia: Aliente a los padres a que analicen lo que están haciendo bien, y cómo sus niños responden de manera positiva a estos esfuerzos. Los padres son más dados a responder positivamente al apoyo cuando el personal se enfoca en sus puntos fuertes, así como en su capacidad de recuperarse (resiliencia) cuando los tiempos son difíciles.

Alentar el uso de las redes sociales para padres: Coordine intervenciones, como por ejemplo, las visitas domiciliarias, grupos de capacitación para padres, reuniones de padres y oportunidades de socialización que proporcionan redes importantes para los padres que luchan con la depresión y con sentimientos de aislamiento.

Apoyar las prácticas de autocuidado y autoentendimiento entre el personal y los padres: Reconozca y apoye a las familias y al personal que están experimentando desafíos. Esta tarea es más fácil en un ambiente donde el personal y los padres tienen una forma regular para reconocer las fortalezas de cada uno, cuidar de sí mismos, reconocer lo que supone un desafío y compartir cómo se sienten en un ambiente seguro.

Establecer un sistema integral de seguimiento y remisión: Establezca asociaciones con recursos en la comunidad para enriquecer las opciones que los programas pueden ofrecer a los padres. Los programas pueden desarrollar e implementar un sistema de remisión para conectar a las familias con recursos en la comunidad que se especializan en el tratamiento de la depresión. Pueden establecerse sistemas para el seguimiento del progreso de la familia hacia la mejoría de la salud mental de los padres y el funcionamiento familiar.

Referencias

- Administration for Children and Families [ACF]. (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* [Cómo marcar la diferencia en la vida de niños y familias: El impacto que tienen los programas de Early Head Start en los bebés y niños pequeños y sus familias]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Bosse, N. R., Teeters, A. R., & Van Ginkel, J. B. (2010). Maternal depression in home visitation [La depresión materna y las visitas a domicilio]. *Aggression and Violent Behavior, 15*(3), 191-200.
- Ayoub, C. C. (2006). Adaptive and maladaptive parenting: Influence on child development [Crianza adaptativa y maladaptativa: Su impacto en el desarrollo del niño]. In N. F. Watt, C. Ayoub, R. H. Bradley, J. E. Puma, & W. A. LeBoeuf (Eds.), *The crisis in youth mental health: Critical issues and effective programs: Vol. 4. Early intervention programs and policies* [La crisis en la salud mental de los jóvenes: Problemas cruciales y programas eficaces: Vol. 4. Programas y políticas de intervención temprana] (pp. 121-143). Westport, CT: Praeger Publishers/ Greenwood Publishing.
- Beardslee, W. R. (2002). *Out of the darkened room: When a parent is depressed. Protecting the children and strengthening the family* [Fuera de la oscuridad: Cuando alguno de los padres está deprimido. Protección de los niños y fortalecimiento de la familia]. Boston, MA: Little, Brown, and Company.
- Beardslee, W. R., Ayoub, C. A., Avery, M. W., Watts, C. L., & O'Carroll, K. L. (2010). Family Connections: An approach for strengthening early care systems facing depression and adversity [Conexiones familiares: Método para fortalecer los sistemas de atención temprana para enfrentar la depresión y la adversidad]. *American Journal of Orthopsychiatry, 80*(4), 482-495.
- Beardslee, W. R., Avery, M. W., Ayoub, C., & Watts, C. L. (2009). Family Connections: Helping Early Head Start/Head Start staff and parents address mental health challenges [Conexiones familiares: Cómo ayudar al personal y los padres de Early Head Start y de Head Start a abordar los desafíos de la salud mental]. *Zero to Three, 29*(6), 34-40.
- Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Belyea, M. J., Funk, S. G., & Canuso, R. (2004). In-home intervention for depressive symptoms with low-income mothers of infants and toddlers in the United States [Intervenciones en el hogar para tratar síntomas de depresión en las madres de bajos recursos con bebés e hijos pequeños en los Estados Unidos]. *Health Care for Women International, 25*(6), 561-580.
- Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., Schwartz, T. A., Lewis, V., Blanchard, H., ... Goldman, B. D. (2010). Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in Early Head Start Latina mothers of infants and toddlers [Las intervenciones a corto plazo en el hogar reducen los síntomas de la depresión en las madres latinas de Early Head Start que tienen bebés e hijos pequeños]. *Research in Nursing and Health, 33*(1), 60-76.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development [El modelo bioecológico del desarrollo humano]. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* [Manual de psicología del niño, Volumen 1: Modelos teóricos de desarrollo humano] (6th ed., pp. 793-828). New York: Wiley.
- Center on the Developing Child at Harvard University. (2010). *The foundations of lifelong health are built in early childhood* [Los cimientos de una salud de por vida se forman en la primera infancia]. Retrieved from <http://www.developingchild.harvard.edu>
- 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 [Toma tiempo: El impacto de Early Head Start que lleva a una reducción de la depresión materna dos años después]. *Infant Mental Health Journal, 28*(2), 151-170.
- Chazan-Cohen, R., Raikes, H., Brooks-Gunn, J., Ayoub, C., Pan, B. A., Kisker, E. E., Roggman, L., & Fuligni, A. S. (2009). Low-income children's school readiness: Parent contributions over the first five years [La preparación escolar de los niños en familias de bajos recursos: Contribuciones de los padres a través de los primeros cinco años]. *Early Education & Development, 20*(6), 958-977.
- Golden, O., Hawkins, A., & Beardslee, W. (2011). *Home visiting and maternal depression: Seizing the opportunities to help mothers and young children* [Las visitas a domicilio y la depresión materna: El aprovechamiento de las oportunidades para ayudar a las madres y a los niños pequeños]. Washington, D.C.: The Urban Institute.
- Knitzer, J., Theberge, S., & Johnson, K. (2008). *Reducing maternal depression and its impact on young children: Toward a responsive early childhood policy framework* [La reducción de la depresión materna y su impacto en los niños pequeños: Hacia un marco receptivo para las políticas de la primera infancia]. New York: Mailman School of Public Health, Columbia University.
- Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C., Raikes, H., Constantine, J., Boller, K., Brooks-Gunn, J., & Vogel, C. (2005). The effectiveness of Early Head Start for 3-year-old children and their families: Lessons for policy and programs [La efectividad de los programas de Early Head Start para los niños de 3 años de edad y sus familias: Lecciones aprendidas para las políticas y los programas]. *Developmental Psychology, 41*(6), 885-901.
- Muñoz, R. F., Beardslee, W. R., & Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented [La depresión severa puede prevenirse]. *American Psychologist, 67*(4), 285-295.
- Muñoz, R. F., Le, H. N., Ghosh Ippen, C., Diaz, M. A., Urizar, G., Soto, J., ... Lieberman, A. F. (2007). Prevention of postpartum depression in low income women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course [Prevención de la depresión posparto en las mujeres de bajos recursos: Desarrollo del curso para mamás y bebés]. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 70-83.
- Murray, L., Cooper, P., & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants [Salud mental de los padres que cuidan a los bebés]. *Archives of Women's Mental Health, 6*, 71-77.
- National Research Council & Institute of Medicine [NRC & IOM]. (2009). *Depression in parents, parenting and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention efforts* [Depresión en los padres, la crianza y los niños: Oportunidades para mejorar los esfuerzos de detección, tratamiento y prevención]. Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved from http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12565
- National Institute of Mental Health, U.S. Department of Health and Human Services [NIMH]. (2000). *Depression* [Depresión]. Washington, D.C.: Author. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- National Institute of Mental Health, U.S. Department of Health and Human Services [NIMH]. (2011). Men and Depression [Los hombres y la depresión]. Washington, D.C.: Author. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/men-and-depression/index.shtml>
- Onunaku, N. (2005). *Improving maternal and infant mental health: Focus on maternal depression* [Mejoramiento de la salud mental de las madres y los bebés: Enfoque en la depresión materna]. Los Angeles, CA: National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). *Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis* [Depresión prenatal y depresión posparto en los padres varones y su relación con la depresión materna: Un meta-análisis]. *JAMA, 303*(19), 1961-1969.
- Shonkoff, J., & Phillips, D. A. (Eds.) (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development* [De las neuronas a las colonias: La ciencia del desarrollo en la primera infancia]. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Singer, G. H. S., & Floyd, F. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities [Meta-análisis de estudios comparativos de la depresión en madres que tienen hijos con y sin discapacidades del desarrollo]. *American Journal on Mental Retardation, 111*(3), 155-169.
- Stevens, J., Ammerman, R., Putnam, F., & VanGinkel, J. (2002). Depression and trauma history in first-time mothers receiving home visitation [Historial de depresión y trauma en las madres primerizas que reciben visitas domiciliarias]. *Journal of Community Psychology, 30*, 551-564.
- Weatherston, D. J. (2001). Infant mental health: A review of the literature [Salud mental de los bebés: Revisión de la literatura]. *Psychoanalytic Social Work, 8*(1), 43-74.
- Weissman, M., Markowitz, J., & Klerman, G. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy* [Guía integral de psicoterapia interpersonal]. New York: Basic Books.

Reconocimientos:

Este documento fue elaborado con fondos de la Subvención #90HC0003 por el Centro Nacional del Compromiso de Padres, Familias y Comunidad (NCPFCE) y fue modificado con fondos de la Subvención #90HC0014 para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración para Niños y Familias, Oficina Nacional de Head Start y la Oficina de Cuidado Infantil por el Centro Nacional del Compromiso de Padres, Familias y la Comunidad. Queremos extender nuestro agradecimiento a nuestros colegas y a las familias de la comunidad de Head Start y Early Head Start por sus contribuciones a este recurso. Se puede reproducir con fines no comerciales sin obtener permiso.

© 2013 Boston Children's Hospital. Todos los derechos reservados.