

Proyecto Harvard para la prevención de la depresión en niños y adolescentes: implementación de esta estrategia en los servicios de la CCSS

Resumen Ejecutivo:

El Proyecto Harvard de prevención de la depresión en niños y adolescentes es una metodología desarrollada por el Dr. William Beardslee, jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Niños de Boston, Massachussets, y su equipo de trabajo, en conjunto con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard.

Este proyecto consiste en un proceso psicoeducativo con familias donde alguno de los padres, madres o personas encargadas de niñas, niños y adolescentes ha sufrido de depresión. Como eje central, el proyecto da énfasis en el desarrollo de factores protectores (resiliencia) en los y las menores.

El proceso de trabajo con las familias es compatible con cualquier marco teórico utilizado por los profesionales de salud mental, sea este de tipo cognitivo-conductual, psicodinámico, sistémico o de cualquier otro tipo. Tiene un enfoque primariamente preventivo que es compatible y se complementa con los enfoques de salud integral que la reforma al sector salud y la modernización de la C.C.S.S. han implementado en los últimos, y que también son fomentados por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Igualmente, todo el proceso de trabajo se ha diseñado específicamente para ser también compatible con las prácticas de una amplia gama de clínicos, sean éstos internistas, pediatras, trabajadores sociales, enfermeras(os) con especialidad en salud mental, psicólogos, psiquiatras, y otros profesionales de la salud. Los fundamentos de las intervenciones a realizar con las familias pueden fácilmente adaptarse a las condiciones socio-culturales de cada familia y a las particularidades de las mismas, por ejemplo si sus miembros son de grupos étnicos minoritarios, familias inmigrantes, etc.

La intervención con las familias es un proceso que maximiza la utilización de los campos clínicos y de los recursos humanos disponibles en la institución, ya que es un proceso de intervención corto y con un número finito de citas, así, se realiza en 6-8 sesiones y solo se comienza cuando la familia ha hecho un compromiso de participación. Las sesiones se realizan en la consulta ambulatoria y en ocasiones especiales se puede considera hacer una sesión en la propia casa de la familia. Esta posibilidad es un componente importante del trabajo con familias muy enfermas; particularmente para conectar los servicios de salud con los niños y adolescentes que son parte de ellas.

Las intervenciones con las familias buscan los siguientes objetivos:

1. Informar a los padres sobre la depresión, los factores de riesgo y el desarrollo de conductas protectoras en los hijos

2. Ayudar a las familias a comprender los factores que favorecen una buena salud mental en sus hijos
3. Ayudar a las familias a reconocer las necesidades actuales de los niños y saber como obtener ayuda si aparecen dificultades.
4. Ayudar a las familias a planear el futuro
5. Ayudarles a desarrollar nuevas estrategias de comunicación, a hablar sobre la enfermedad depresiva y sus consecuencias a largo plazo
6. Desarrollar nuevas conductas y actitudes protectoras, y de promoción de la salud integral.
7. Desarrollar procesos nuevos para reforzar la prevención de la enfermedad depresiva en niños y adolescentes.

En la intervención, el clínico obtiene una historia de las experiencias de la familia con el trastorno afectivo y evalúa las dificultades actuales. El clínico ayuda a la familia a articular el conocimiento sobre el trastorno afectivo con su propia experiencia. Al enseñar sobre la enfermedad afectiva es esencial ayudar a cada miembro de la familia a tener un sentido de control y dirección, sin el cual puede vivir una situación incontrolable. Se alerta la habilidad de los padres para reconocer las señales de aviso de la depresión y su conciencia de cómo reafirmar los recursos de sus hijos, para contrabalancear el sentido de impotencia que a menudo invade a una familia que lucha con una enfermedad psiquiátrica grave.

La intervención enfoca la prevención de los trastornos psiquiátricos en la infancia en los niveles primario, secundario y terciario. La prevención primaria consiste en el incremento de los factores protectores en los niños y adolescentes, estimulando la comprensión y fortalezas de la familia para reducir las posibilidades de aparición futura de la depresión en los menores. La prevención secundaria se apoya en que, la información cognitiva, particularmente sobre los signos de depresión en los niños y adolescentes, incrementa la identificación de los síntomas emergentes en una fase temprana. Por otra parte, la prevención terciaria se consigue a través del incremento de la conciencia de los padres para fortalecer sus capacidades de identificar y favorecer el tratamiento precoz de una depresión en sus hijos, no reconocida previamente.

Hay documentadas evaluaciones internacionales con criterios científicos que certifican la eficacia y el éxito de este tipo de intervención con familias, y que enfatizan no solo sus éxitos en aspectos preventivos de la depresión, sino también en costos, al reducir internamientos, incapacidades, complicaciones como los intentos de suicidio y otros. Las experiencias realizadas hasta el momento en nuestro país en los sitios piloto involucrados, han sido también muy exitosas y de mucha satisfacción tanto para las familias como para los funcionarios de salud que han trabajado con ellas bajo esta metodología.

Las intervenciones clínicas realizadas en el marco de este proyecto son compatibles y complementan las acciones del Plan Nacional de Salud Mental, y tiene el aval de los equipos técnicos pertinentes de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Se coordina y dirige el proceso de implementación de este tipo de trabajo con familias por el equipo de Salud Mental del Nivel Central con el apoyo de los grupos técnicos pertinentes del Área de Salud Integral a las Personas.

Antecedentes:

En febrero del año 2004 se llevó a cabo una Jornada de Prevención en Salud Mental en Niños y Adolescentes en el Hospital Nacional de Niños, bajo el patrocinio de la Fundación CRUSA y la Fundación Paniamor. Entre los conferencistas invitados se encontraba el Dr. William Beardslee, Presidente Académico y Jefe de Psiquiatría del Hospital de Niños de Boston y profesor de psiquiatría infantil de la Escuela de Medicina de Harvard, quien expuso un proyecto de prevención de la depresión para niños y adolescentes, que él dirige en Boston y que se ha aplicado exitosamente en otros países como Finlandia. También asistió a la conferencia y expuso sobre aspectos transculturales de la psiquiatría, el Dr. Myron Belfer, consejero principal de la Organización Mundial de la Salud en psiquiatría de niños y adolescentes. Finalmente, participó el Dr. Enrico Mezzacapa, Director de entrenamiento en psiquiatría de niños y adolescentes del Hospital de Niños de Boston, afiliado a la Universidad de Harvard, sobre violencia en niños y adolescentes. En esa actividad se realizaron conversaciones informales con el Dr. Beardslee; Master Milena Grillo, Directora Ejecutiva de Paniamor; Dr. Luis Diego Herrera; vice-presidente de la Junta Directiva de Paniamor; Dr. Gary Arce, entonces jefe del Departamento de Salud Mental de la CCSS y otros profesionales del área de la salud mental y funcionarios de la C.C.S.S., con el objeto de explorar la posibilidad de realizar el proyecto en Costa Rica. Dada la naturaleza preventiva de la intervención que propone el proyecto, del hecho de ir dirigida a población de niños y adolescentes y de abordar el trastorno depresivo, el de mayor prevalencia entre los trastornos mentales, se consideró esta posibilidad de mucho interés para el país. Los representantes de la Fundación Paniamor ofrecieron buscar financiamiento a la primera etapa de la capacitación a los funcionarios de la CCSS, que incluía tres visitas de profesores de la Universidad de Harvard a Costa Rica.

El primer taller de capacitación se llevó a cabo el 18, 19 y 20 de septiembre del 2006 y el segundo el 7, 8 y 9 de marzo del 2007. En el proceso actualmente han participado 29 funcionarios profesionales de la salud mental, que incluye psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, de las siguientes unidades:

- Hospital Nacional Psiquiátrico
- Hospital Nacional de Niños
- Hospital Calderón Guardia
- Hospital Tony Facio, Limón
- Hospital Enrique Baltodano, Liberia
- Hospital William Allen, Turrialba
- Clínica Jiménez Núñez
- Clínica Carlos Durán
- Clínica Marcial Fallas
- Área de Salud de Cartago

El 13 de mayo del 2007 el Dr. Eduardo Doryan, presidente ejecutivo de la C.C.S.S., recibió en su despacho al Dr. Luis Diego Herrera y a la Dra. Gisel Brenes, quienes le presentaron el proyecto y las acciones realizadas hasta entonces para la implementación del mismo en el país.

El Dr. Beardslee nuevamente vino a Costa Rica los días 28 y 29 de Julio del 2008 y se reunió con el equipo de trabajo que coordina las acciones piloto ejecutadas en la institución. Supervisó el trabajo realizado y apoyó al equipo en la construcción del programa de trabajo y estrategias a implementar en los próximos meses.

Justificación:

La Organización Mundial de la Salud ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes y de alta prioridad como problema de Salud Pública.

Se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares. (Greden JF. (2001)¹(1)

La depresión es dos veces más frecuente en las mujeres por razones que no han sido aún hoy aclaradas.

El riesgo a lo largo de la vida para este trastorno es de 12.7% para los hombres y de un 21.3% para las mujeres. (2) Extrapolando esos porcentajes, en Costa Rica se consideraría que 254000 hombres y 426000 mujeres podrían sufrir de este trastorno a lo largo de su vida.

Es un problema de salud pública de alta prioridad, con morbilidad comparable a enfermedad coronaria avanzada y mayor que la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis. (3)

Es una enfermedad sub-diagnosticada y sub- tratada. Estudios recientes han sugerido que un 70% de las personas depresivas no reciben tratamiento, la mitad nunca buscan ayuda y sólo un 20 - 25% son diagnosticados y tratados, pero de estos menos del 10% reciben tratamiento adecuado. (2).

Uno de cada ocho adolescentes y uno de cada treinta y tres niños experimentará depresión. (4).

Tiene una alta mortalidad: 15% de los pacientes con depresión se suicidan y por cada suicidio consumado existen veinte intentos. Las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia y los hombres logran el suicidio más frecuentemente, con una relación de 4:1 en la literatura, 7:1 en Costa Rica. En la población adolescente las tasas de suicidio también van en aumento.

Está demostrado que los hijos e hijas de estas familias tienen una incidencia de depresión de dos a 4 veces mayor que la población en general.

En el estudio “Conductas de Riesgo en Adolescentes” elaborado por especialistas de la Universidad de Costa Rica, la OPS, el Ministerio de Salud y la CCSS, se revela que el 79% de los adolescentes entre los 12 y 19 años ha sufrido alguna vez de depresión. De ellos, el 23.5%

pensó en algún momento en el suicidio. Casi un 10% refirió haber intentado suicidarse, y de ellos un 11.6% había sido tratado en el servicio de emergencias a raíz del intento de suicidio, cifra que representa un 1% de la muestra total. (4)

El hecho que la depresión represente el 1.38% del total de consultas en la CCSS, según la Encuesta Consulta Externa 2002 (Departamento de Estadística de Salud, Dirección Información en Salud, Gerencia de División Médica) evidencia que este trastorno es subdiagnosticado de manera importante. Por otro lado, una información en la Sección de Noticias de la página WEB de la CCSS de 21 de junio del 2007 informa que los cuadros depresivos son la primera causa de incapacidad en el país, pues “obligaron el año pasado a miles de trabajadores, tanto del sector público como privado, a ausentarse de sus respectivos centros de trabajo, durante 303.529 días. Ello se desprende de las 28.815 boletas de incapacidad, según datos de la Dirección de Servicios Institucionales de la CCSS.”

La intervención preventiva que propone el proyecto ha sido probada por más de 25 años en varios países y con diversas poblaciones; entre ellos Estados Unidos, y Finlandia a lo largo de los cuales ha demostrado ser efectiva, ya que:

“hubo disminución de los problemas de pareja, mejoría en la relación familiar, mejoría en la resolución de los problemas familiares, incremento de la atención de los padres y madres sobre los hijos e incremento de la comprensión individual y familiar. Un incremento de los factores protectores y disminución de los factores de riesgo” (5)

Esta intervención ha sido aplicada en grupos minoritarios en Estados Unidos, entre ellos población inmigrante latina de habla hispana en donde la intervención ha demostrado ser igualmente efectiva. Costa Rica es el primer país de América Latina en el cual se está implementando esta intervención.

1-Greden JF. The burden of Recurrent Depresión: Causes, Consequences, and Future Projects. J Clin Psychiatry 2001; 62(suppl 22): 5-14.

2-Greden JF Unmet Need: What Justifies the Search for a New Antidepressant? J Clin Psychiatry 2002; 63(suppl) 3-6.

3-Keller MB Long-Term Treatment of Recurrent and Chronic Depression. J Clin Psychiatry 2001; 62 (suppl): 3-5

4-Molina M, Durán V, Donas S, Rocabado F. (1999). Conductas de Riesgo en Adolescentes. Primera Edición, Costa Rica, Ediciones Perro Azul.

5-Manual: Esperanza, significado y continuidad: un programa para ayudar a las familias cuando los padres sufren una depresión. Proyecto de intervención preventiva. Judge Baker Children's Center. Boston, Massachusetts, pag. 11.

Aspectos legales:

El enfoque y la metodología de trabajo con familias que fomenta este proyecto es congruente con las políticas, planes, programas y proyectos tanto a nivel institucional como nacional, a saber:

Decretos ejecutivos:

No. 20665-S de 1991 donde se menciona la necesidad de establecer modalidades de atención psiquiátrica alternativas y de nivel preventivo, y el No. 23984-S de 1995 en cuanto a facilitar la integración de acciones en Salud Mental.

Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010:

Entre sus objetivos están:

- “Reorientar los servicios de salud mental hacia la promoción y prevención de la salud mental” y
- “Promover el desarrollo armónico e integral de todas las personas, en las diferentes etapas del ciclo vital, en sus respectivos escenarios, para mejorar la calidad de vida, fortalecer la salud mental y reducir los riesgos de las enfermedades mentales.”

En las acciones estratégicas se incluye “confección de programas institucionales en salud mental que fomente los vínculos familiares, la resiliencia, la autoestima, que desarrolle habilidades para ... enfrentar el estrés y situaciones de crisis” y “diseño de estrategias para el abordaje integral de la salud mental en el ámbito familiar...” .

En la meta: Desarrollar programas orientados al fortalecimiento de las relaciones familiares y la construcción de proyectos de vida saludables se incluye la acción estratégica “realizar encuentros padres e hijos donde se promueva la salud mental en todas sus formas.”

Programa Nacional de Salud Mental Infantil 2004-2010:

Visión: Se facilitarán condiciones de vida saludables que permitan el disfrute de la infancia y la construcción de personas autorrealizadas, que podrán contribuir en el desarrollo socioeconómico del país.

Dentro de los Principios Orientadores se incluye: “Los niños y las niñas así como sus familias merecen prioridad dada su condición de vulnerabilidad, al formular políticas o diseñar acciones programáticas en materia de salud mental infantil, esto con el fin de prevenir situaciones que puedan generar futuros conflictos en esta área.” En sus estrategias incluye: “La atención integral en salud mental infantil debe abarcar elementos de promoción, prevención, atención y rehabilitación.”

Plan de Atención a la Salud Mental de las Personas: Incluye la Intervención: “Promoción de la salud mental y abordaje integral de sus trastornos” que define como “Promoción de la salud mental, reducción de los factores de riesgo modificables, detección temprana, tratamiento oportuno y efectivo...”

Plan Estratégico Institucional (Objetivos del Área Estratégica “Provisión Interna y Externa de Servicios” incluyen promover la creatividad e innovación en la gestión local y consolidar el modelo de atención integral en salud.

Políticas de Salud Mental 2002-2006 del Ministerio de Salud dice: “Fomento de las acciones orientadas a la promoción de la salud mental, así como a la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales en los diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud con énfasis en el primer nivel y priorizando la salud mental infanto-juvenil.”

Plan Nacional de Desarrollo que incluye metas respecto al mejoramiento de la salud integral de niños y adolescentes, y al Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010..

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud ha declarado, a partir del mes de abril del 2006, la Década de los Recursos Humanos; este proyecto es una inversión en recursos humanos en salud mental. El Dr. Felix Rigoli de la Organización Panamericana de la Salud manifestó que es necesario que:

“en los próximos 10 años, gobiernos y actores sociales hagan del desarrollo de los recursos humanos en salud una prioridad de sus estrategias, de manera que comprometan voluntad política, actuaciones y recursos para avanzar en la formación profesional con elementos de compensación adecuada y buenas condiciones de trabajo, así como con la formulación e implantación de políticas de apoyo al sector.”

Dictamen Técnico:

El trabajo que se realiza con familias bajo la metodología del Proyecto Harvard para la prevención de la depresión en niños y adolescentes, es una estrategia de intervención clínica compatible con las acciones y enfoques de promoción de la salud, prevención de la depresión e intervención que realizan los servicios de la C.C.S.S.

La evidencia científica y las experiencias piloto realizadas en el país han demostrado el éxito de las intervenciones. Su aplicación es compatible con las normas y políticas de la institución y el Ministerio de Salud, no implica cambios en los modelos de atención y no solo se ajusta a la oferta de servicios, sino que maximiza los recursos humanos e institucionales disponibles.

Los equipos técnicos de adolescencia y de salud mental del Área de Salud Integral a las Personas de la Dirección de Servicios de Salud dan su aval a la implementación de este proyecto y de esta metodología de trabajo en los servicios de la C.C.S.S. También los funcionarios de los niveles operativos que participaron en el trabajo piloto y que son expertos en salud mental, con muchos años de experiencia laboral, apoyan la aplicación de esta estrategia en la C.C.S.S.

Conclusión:

El enfoque y la metodología de trabajo con familias establecidas en el Proyecto Harvard para la prevención de la depresión en niños y adolescentes es de fácil utilización, complementa los servicios que ofrece la institución y está demostrada su eficacia clínica en la prevención de la depresión y el fortalecimiento de los factores protectores (resiliencia) y la salud integral de los niños, adolescentes y familias.

Este tipo de abordaje a las familias se puede implementar con los recursos humanos e institucionales existentes y fortalece las destrezas de los clínicos y de los equipos de trabajo de la C.C.S.S. para el trabajo con grupos familiares y la prevención de la enfermedad depresiva.

No se requiere de recursos institucionales o inversión adicional a la ya existente, se usan los recursos humanos y de infraestructura disponibles.

Para su implementación solo se requiere una capacitación sencilla (16 horas) de los funcionarios de salud que lo utilizarán. El perfil de los funcionarios que pueden recibir la capacitación y luego trabajar con las familias bajo este enfoque es muy amplio, ya que pueden ser funcionarios sin entrenamiento en salud mental, ya que la estrategia es principalmente psicoeducativa. Así, lo pueden aplicar médicos generales, médicos de familia, médicos especialistas como pediatras, psiquiatras y otros, psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería.