

*CINED, Inc.*

*Centro de Investigación, Evaluación y Desarrollo Humano, Inc.*



**DESCRIPCIÓN DE LA PREVALENCIA Y DEL ESTADO DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y  
ADOLESCENTES EN PUERTO RICO A 2016**

**Preparado por:**

**Cynthia Rodríguez-Parés, MSW, Ph.D. ©  
Investigadora Principal**

**Jorge Benítez Nazario, Ph.D.  
Investigador Principal**

**Natalia M. Parés, Ph.D.  
Investigadora Asociada**

**Julio 2016**



Informe Final preparado para la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción  
(ASSMCA) por CINED, Inc.



## DESCRIPCIÓN DE LA PREVALENCIA Y DEL ESTADO DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PUERTO RICO A 2016

### A. Resumen Ejecutivo

Se ha señalado que la salud mental es el problema número uno en Puerto Rico. La población de niños y adolescentes no está exenta de estos problemas, pero parece ser invisible a la atención pública. La Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción (ASSMCA) tiene la responsabilidad de velar porque los niños y adolescentes del País reciban en etapas tempranas los servicios de salud mental que ameritan para alcanzar un mejor funcionamiento y un desarrollo óptimo.

Sin embargo, los datos de utilización de servicios demuestran que esta población no está recibiendo los servicios que necesita. Se ha estimado que al menos 150,000 menores de 18 años presentan trastornos de salud mental en Puerto Rico. El más reciente estudio epidemiológico fue conducido en los años 1999-2000 por la doctora Glorissa Canino y sus colegas, los doctores ShROUT, Rubio-Stipeć, Bird, Bravo, Ramírez, Chávez, Alegría, Bauermeister, Hohmann, Ribera, García y Martínez (2004). En un artículo profesional informaron que de los menores entrevistados entre las edades de 4 a 17 años, un 16.4% (140,528) reunía al menos un criterio para un diagnóstico de trastorno mental con impedimento moderado, según establecido en el DSM-IV. De éstos, un 6.9% (59,124) llenaba criterios sobre un disturbio emocional severo. Dentro de los diagnósticos, los más comunes eran el Déficit de Atención con/sin Hiperactividad y el Trastorno Oposicional Desafiante. De aquéllos con un disturbio emocional severo, menos de la mitad recibió tratamiento (Canino et al., 2004).

Las estadísticas más recientes de la ASSMCA datan de 2011-2012 y demuestran que para ese año fiscal 2010-2011, se habían atendido en la isla a 18,654 personas con condiciones de salud mental y adicción a sustancias, de los cuales 7,430 o un 39.4% eran casos relacionados a menores de edad. Estos casos representan un 5.0% de todos los casos que necesitan servicios de salud mental. Para el año fiscal 2013-2014, se atendieron 28,121 personas en los centros de tratamiento de ASSMCA, de las cuales 13,252 recibieron servicios de salud mental y 14,869 recibieron servicios por abuso de sustancias. Sin embargo, estos datos no incluyen los menores atendidos

por proveedores independientes de servicios de salud mental a través del plan *Mi Salud*, ya que ni ASSES ni APS tienen estas estadísticas disponibles.

Unido a estos datos se observa que el Departamento de Educación cuenta con una matrícula de 126,560 estudiantes en sus programas de educación especial, muchos de éstos con trastornos de salud mental. Además, hay muchos menores con problemas de salud mental que no son referidos a los servicios de salud mental porque su conducta no interfiere con el proceso de enseñanza en el salón de clases. Igualmente, el Departamento de la Familia remueve anualmente cerca de 3,000 niños y tiene bajo su custodia poco más de 7,000 menores. La remoción y la ubicación en un hogar sustituto constituyen un trauma para los menores removidos y no necesariamente reciben servicios de salud mental para manejar el trauma. Quiere decir que hay muchos más niños y adolescentes con condiciones de salud mental que los reportados por las agencias responsables de ofrecer dichos servicios.

El Plan de Salud del Gobierno no necesariamente ha aumentado el acceso a los servicios de salud mental en Puerto Rico. Varias investigaciones han demostrado que aún con las reformas al sistema de salud, existe una disparidad en servicios entre grupos socio-económicos. Se ha encontrado que los menos pobres hacen más uso de los servicios especializados, mientras los más pobres mantienen el mismo nivel de utilización.

El interés de la ASSMCA por conocer el estado de situación de la salud mental en los niños y adolescentes en Puerto Rico provee una oportunidad única para identificar la población de niños y adolescentes con condiciones de salud mental, tanto quienes reciben servicios de salud como quienes no están recibiendo servicios; y conocer los factores que limitan el uso de estos servicios. Estos datos proveerán información valiosa y necesaria que le permita a la ASSMCA diseñar estrategias para garantizar el acceso al cuidado profesional de estas poblaciones desatendidas y prevenir las desigualdades en los servicios de salud mental.

El Informe Final que sometemos, según acordado con la gerencia de ASSMCA, recoge las necesidades e intereses establecidos por la agencia y la necesidad informativa que se desprende de la revisión de literatura y el inventario estadístico realizado. La investigación conducida estuvo dirigida a implementar un estudio comprensivo de los servicios de salud mental de los/as menores de edad en todo Puerto Rico (niños/as y jóvenes de 18 años o menos), tanto de los que reciben los servicios como de quienes no reciben los servicios de salud mental, pero que reúnen los criterios para un diagnóstico de salud mental y que, en la mayoría de los casos, tienen un plan de salud que los cobija. En cuanto a los primeros, se evaluó la calidad de los servicios recibidos. En cuanto a

los segundos, se indagó sobre la presencia de indicadores de problemas en el funcionamiento psico-social que apuntan a posibles trastornos mentales. En cuanto a aquéllos que fueron referidos a recibir servicios de salud mental y no los recibieron y los que los recibieron en algún momento y dejaron de recibirlos, se exploró sobre las razones que impiden la prestación de los servicios a esa población. Este informe busca proveer a la ASSMCA un cuadro preciso de las condiciones de salud mental que afectan a niños y adolescentes en Puerto Rico, las condiciones socio-demográficas de las familias de estos menores y los factores que interfieren con el uso de los servicios de salud mental.

## **1. Hallazgos Más Relevantes**

### **Perfil socio-demográfico de adultos entrevistados y el núcleo familiar**

El perfil de adultos encargados de los menores que fueron entrevistados indica que 80.0% son féminas. La mayoría (58.0%) de las personas adultas entrevistadas correspondió a la madre de los menores, seguida de la abuela (23.0%). Se destaca que un 88.0% de las abuelas que fueron entrevistadas eran encargadas o tutoras legales de los menores que residían en su hogar. En relación al estado civil, un 49.0% informó que tenía pareja, mientras el restante 51.0% no tenía. La edad promedio fue de 42 años.

Más de dos quintas partes (45.0%) eran por lo menos graduadas de escuela superior. Los datos apuntan a que la inmensa mayoría (84.0%) tenía por lo menos un diploma de escuela superior, lo que supone que existe la capacidad de comprensión sobre lo que significa una condición de salud mental.

Más de la mitad de la población (68.0%) alegó estar fuera de la fuerza laboral, total o parcialmente, ya sea por desempleo, retiro o jubilación, mientras que un 32.0% informó estar empleada al momento de la entrevista. Los ingresos del hogar provenían en su mayoría de ayudas gubernamentales (57.0%) y del empleo de la persona entrevistada o de su pareja (41.0%).

La mayoría (**69.0%**), alega que contaba con el Plan de Salud del Gobierno para cubrir las necesidades de servicios de salud del mayor de los menores; sin embargo, un **4.0%** de los menores no estaba cubierto por ningún plan de salud, ya fuera privado o gubernamental.

En cuanto a la composición familiar se encontró una multiplicidad de arreglos, desde la madre o el padre solo con un hijo o hija, hasta familias con varias generaciones y parentescos residiendo bajo el mismo techo. Se destaca que en un 65.0% de las familias la madre está presente; un 22.0% corresponde a abuelos criando los y las nietas; en un 38.0% de las familias hay abuelos

o abuelas presentes. Un 36.0% de las familias está compuesta por la madre, hijos y otros familiares y no hay pareja presente; en un 34.0% de las familias hay una pareja presente. Se destaca un predominio de familias **monoparentales** (40.0%) en las que hay uno sólo de los progenitores presente.

En un 72.0% de los hogares no había personas recibiendo servicios de salud mental; mientras que en un **28.0%** de los hogares había por lo menos una persona recibiendo estos servicios.

La mayoría (79.0%) de los menores no había sido referido ni le habían recomendado recibir servicios de salud mental. Por el contrario, un 16.0% había sido referido y un 5.0% buscó los servicios voluntariamente. De los que fueron referidos, un 92.0% llevó al menor a evaluación y un **8.0%** ignoró el referido. Un 66.0% de los que fueron a solicitar servicios recibió un diagnóstico y de éstos un 67.0% recibió algún servicio mientras un **33.0%**, aunque tenía un diagnóstico, no lo recibió. Las razones principales para no llevar al menor o la menor a recibir servicios se relacionan con la falta de cubierta de servicios de salud mental del plan, la inaccesibilidad de los servicios y la negativa de las madres o padres a llevar al menor a recibir servicios.

Un 11.0% de las madres o encargadas de menores que no habían sido referidos, evaluados o diagnosticados indicó que les preocupaba el comportamiento del mayor de los menores. El comportamiento que les preocupaba estaba relacionado principalmente con problemas de conducta (48.0%), que se manifestaban en hiperactividad, agresividad, pobre control de impulsos, baja tolerancia, entre otras.

### **Prevalencia de trastornos mentales**

Los resultados del estudio evidencian que el **18.14% (n=172)** de los menores en Puerto Rico presentan alguna condición de salud mental diagnosticada durante la primavera de 2016. La mayor prevalencia se registró en la región de salud Suroeste y la menor en la región de San Juan. Esto incluye quienes han recibido servicios para atender su condición y quienes no han recibido servicio por varias razones. Entre estos, 1.32% son menores con diagnóstico de autismo o problemas específicos de aprendizaje cuyo tratamiento es responsabilidad de otras agencias, por lo cual **16.82%** de los trastornos identificados son responsabilidad de ASSMCA.

Estos resultados suponen que, tomando en consideración el resultado de prevalencia obtenido refleja un leve aumento con respecto al % de prevalencia anterior, que fue establecido en **16.4% (n=157)**.

Además de las estadísticas de prevalencia obtenida, se identificaron **13.0%** de casos en que se sospecha la posibilidad de otros casos con alguna condición de salud mental no diagnosticadas a través de la Escala de Cernimiento. Debemos recordar que la Escala de Cernimiento no es un instrumento para diagnosticar, sino que se utiliza para detectar indicadores de problemas en el funcionamiento psico-social entre los menores que, de acuerdo a la información ofrecida por los adultos entrevistados, ameritan una evaluación formal por un profesional cualificado en salud mental, para corroborar o descartar la sospecha de presencia de trastornos.

### **Cernimiento de menores**

De todos los menores que se recopiló información se encontró que un 78.0% nunca había recibido servicios de salud mental. La Escala de Cernimiento se utilizó para recoger información de estos menores. Se destaca que una leve mayoría correspondió al sexo masculino (50.3%). La inmensa mayoría (84.0%) pertenece a la corriente regular de educación, ya sea en escuela pública o privada, mientras que sólo un 5.0% recibe servicios de educación especial. La mayoría (57.0%) asiste al preescolar o a la escuela elemental.

La Escala de Cernimiento permitió identificar que un **5.0%** entre los menores con edades de 5 años o menos, y un **8.0%** entre las edades de 6 a 18 años, obtuvo puntuaciones que apuntan a problemas en diversas áreas del funcionamiento del menor que ameritan ser evaluadas por un profesional de salud mental cualificado con el propósito de lograr una evaluación más completa y descartar o corroborar los resultados en la escala. El nivel de significancia para ambas escalas fue de  $p < .001$ . Las puntuaciones obtenidas en ambos grupos son indicativas de que un por ciento considerable (**13.0%**) está en riesgo de que su funcionamiento se vea afectado por diversos trastornos.

Análisis estadísticos inferenciales arrojaron evidencia de que no hay diferencias significativas en la Escala de Cernimiento por sexo, edad, ni tipo de familia en la que residían los y las menores. Se observó que menores que residen en familias monoparentales no presentan más indicadores que aquéllos que residen en otro tipo de familias. Sin embargo, se encontró una relación significativa entre lugar de residencia y la Escala de Cernimiento (*Pearson*  $X^2=5.764$   $p < .05$ ). Quiere decir que aquellos menores que residen en residenciales públicos tienen mayor probabilidad de presentar problemas en su funcionamiento psico-social que los que residen en otro tipo de vecindario.

En la **sub-escala de problemas de atención** un **21.0%** de los menores obtuvo puntuaciones que apuntan a limitaciones significativas en la atención. Los resultados proveyeron evidencia de que el sexo del menor está relacionado significativamente con los problemas de atención (*Pearson  $X^2=5.749$   $p<.016$* ). Se observa que los varones presentan más indicadores de problemas de atención que las féminas.

En la **sub-escala de problemas internalizados** se miden indicadores relacionados con limitaciones en el funcionamiento psico-social asociados a la ansiedad y la depresión. Se observa que un **4.0%** de las y los menores presentaron puntuaciones que apuntan a limitaciones en esta área. No se encontraron diferencias significativas entre los menores en relación al sexo ni la edad; sin embargo, se observó una tendencia a que los y las menores entre 6 a 18 años presenten mayores indicadores de ansiedad y depresión en comparación con los y las menores de 5 años o menos.

Un análisis de correlación entre la sub-escala de atención y la de ansiedad, controlando por problemas de conducta, reveló una relación altamente significativa entre ambas medidas al  *$p<.01$* . Se encontró que un **19.0%** de los menores con indicadores de trastorno de atención también tienen puntuaciones que indican problemas de ansiedad/depresión. Esto nos alerta a la necesidad de evaluar con detenimiento a las y los menores con problemas de atención con el propósito de descartar o corroborar la presencia de trastornos de ansiedad/depresión de manera que el tratamiento tome en cuenta ambas condiciones.

El análisis entre la sub-escala de ansiedad y la composición familiar evidenció que los y las menores que residen con los abuelos presentan menos indicadores de ansiedad y depresión que los que viven en otros tipos de composición familiar ( *$p<.02$* ). Esta relación debe ser objeto de análisis posteriores, ya que un **22.0%** de las y los menores sujetos de este estudio residen con las abuelas o abuelos sin la presencia de la madre o padre.

En la **sub-escala de problemas de conducta** se observa que un **7.0%** de los menores presentó puntuaciones que apuntan a limitaciones en esta área. Un análisis inferencial entre la edad y la puntuación en la sub-escala de problemas de conducta reveló una relación significativa entre ambas variables (*Pearson  $X^2=7.637$   $p<.006$* ); lo que implica que los mayores de 6 a 18 años presentan más indicadores de problemas de conducta que los menores de 5 años.

Un análisis de significancia entre las sub-escalas de atención y de conducta mostró una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables al  *$p<.001$*  con un coeficiente de correlación *Pearson* al  *$p<.05$* . Quiere decir que los menores que presentan problemas de conducta tienden a presentar problemas de atención.

Datos similares se encontraron entre las sub-escalas de ansiedad/depresión y de conducta. Se evidenció que existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables al  $p < .001$ . Esto apunta a que menores con indicadores de problemas de ansiedad/depresión también tienden a presentar indicadores de problemas de conducta.

### **Menores recibiendo servicios de salud mental**

En un 13.0% de los hogares encuestados, el hijo mayor se encontraba recibiendo servicios de salud mental. El promedio de edad fue de 12 años. Un 49.0% de los menores pertenecía a la corriente regular de una escuela pública o privada, mientras que un 48.0% estaba inscrito en un programa de educación especial ya fuera en la escuela pública o privada. La mayoría de las y los menores (53.0%) cursaba la escuela elemental o pre-elemental.

La razón principal por la que las y los menores estaban recibiendo servicios de salud mental responde a la solicitud de la escuela de una evaluación (50.0%), seguida de los problemas de aprendizaje y la recomendación de un profesional.

Se destaca que un **41.0%** tenía un “diagnóstico” de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, acompañado de otros “diagnósticos”. En segundo lugar, se encuentra el déficit de atención junto a otros diagnósticos (**26.0%**). Quiere decir que un **67.0%** tiene un “diagnóstico” correspondiente al trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad.

La inmensa mayoría (70.0%) llevaba dos años o más recibiendo tratamiento y la mayoría recibía terapia psicológica (89.0%) y tratamiento psiquiátrico (66.0%). La frecuencia con la que asistían a recibir el tratamiento, varía desde semanalmente (27.0%) hasta cada tres meses (9.0%). Más de una tercera parte (35.0%) recibía los servicios una vez al mes.

La participación de la madre, padre o encargada en el plan de tratamiento se considera de vital importancia para el logro de los objetivos del plan. Un 76.0% de los entrevistados conocía el plan de tratamiento que se preparó para el manejo de la condición del/la menor y un 72.0% estuvo presente y se tomó en cuenta su opinión.

La mayoría (84.0%) había sido orientada sobre la condición del menor, ya fuera por la psicóloga (77.0%) o el psiquiatra (53.0%). Más de un 70.0% recibió orientación sobre el manejo de la condición, la comunicación efectiva con el menor, las características de la condición y la necesidad de mantenimiento del tratamiento.

Un 62.0% de los menores tomaba medicamentos y la mayoría (57.0%) había tenido cambios de medicamentos en algún momento para evitar efectos secundarios (33.0%). De los



menores recibiendo farmacoterapia, un 4.0% tenía 5 años o menos, un 47.0% tenía de 6 a 12 años y un 49.0 % estaba entre los 13 a 18 años.

Un 7.0% de los menores ha sido hospitalizado como parte de su tratamiento, debido principalmente, a situaciones de agresión física o autoagresión, depresión, ideas suicidas y destrucción de propiedad. La mayoría (78.0%) opinó que la hospitalización había ayudado al menor. Al finalizar la hospitalización, la mayoría (67.0%) recibió un referido para ver al psiquiatra. Se observa que un 11.0% fue referido a una sala de hospitalización o a un programa de hospitalización parcial, respectivamente.

La mayoría de las encargadas (70.0%) considera que el o la menor ha mostrado mejoría en su condición como resultado del tratamiento de salud mental que ha recibido. Sin embargo, casi una tercera parte (30.0%) alega que había empeorado, que seguía igual o que había mejorado en algunas áreas y empeorado en otras. La mayoría opinó que había empeorado debido a que los medicamentos no le ayudaron (64.0%) y a que el tratamiento no funcionó (55.0%).

Más del 90.0% estuvo de acuerdo en que el profesional les trató con respeto, les habló claro de manera que entendían lo que les decía, que respetó las creencias religiosas de la familia y que fue una buena decisión buscar los servicios de salud mental. Sin embargo, cerca de un 20.0% estaba en desacuerdo con que los servicios estaban localizados convenientemente o que el horario de servicios era conveniente para ellos.

### **Menores que habían recibido servicios de salud mental y ya no los recibían**

En un 7.0% de los hogares, el hijo o hija mayor había recibido servicios de salud mental, pero ya no los recibía. La mayoría (64.0 %) de los niños y jóvenes que recibió servicios de salud mental son del sexo masculino con una edad promedio de 14 años. El por ciento mayor (33.0%) cursa la escuela elemental. La mayoría (60.0%) pertenece a la corriente regular de una escuela pública o privada y un 26.0% estudia en un programa o escuela de educación especial.

Casi tres cuartas partes de los menores llevaba más de un año que había dejado de recibir servicios debido a que el terapeuta le dio de alta (33.0%) y a que se lograron los cambios deseados (30.0%). Sin embargo, encontramos que el resto dio por terminado el tratamiento por otras razones relacionadas principalmente con problemas con el plan de salud y los servicios ofrecidos.

La razón principal por la que las y los encargados de los menores fueron a buscar servicios de salud mental responde a la recomendación de un profesional (37.0%), seguido de la solicitud

de la escuela para una evaluación (36.0%), y de los problemas de conducta y de aprendizaje en la escuela.

El déficit de atención era el “diagnóstico” principal que tenía casi la mitad de los menores (49.0%) acompañado de otros “diagnósticos”. En segundo lugar, se identificó como “diagnóstico” principal la depresión (24.0%), acompañada de otros diagnósticos.

La inmensa mayoría de los menores recibió tratamiento de terapia psicológica (87.0%), y cerca de dos quintas partes (39.0%) recibió tratamiento psiquiátrico. La inmensa mayoría (80.0%) recibió como modalidad de tratamiento la terapia individual, y un poco más del 50.0% recibió medicamentos como parte de su tratamiento. De los menores que tenían un “diagnóstico” de Déficit de atención con o sin hiperactividad y Trastorno bipolar, un 68.0% tomaba medicamentos como parte de su tratamiento. La mayoría (56.0%) recibía los servicios una vez al mes.

Un 66.0% de los entrevistados conocía el plan de tratamiento que se preparó para el manejo de la condición del/la menor y la mayoría (54.0%) expresó que estuvo presente y se tomó en cuenta su opinión. Se encontró que más de una tercera parte de los padres o encargadas no conocía ni participó en el diseño del plan de tratamiento del menor.

Un 81.0% de las encargadas informó que recibió orientación sobre la condición del menor. La inmensa mayoría (79.0%) identificó a las psicólogas como el profesional que le ofrecía esta orientación. Más de un 50.0% recibió orientación sobre las características de la condición, la comunicación efectiva con el menor, el manejo de la condición y el manejo del coraje del menor. Llama la atención que menos de un 40.0% recibió orientación sobre aspectos relacionados con la importancia de la medicación, la necesidad de mantenimiento del tratamiento y los efectos secundarios del medicamento, ya que un 68.0% de las y los menores con “diagnósticos” de Déficit de atención con o sin hiperactividad y Trastorno bipolar, habían recibido medicamentos.

La gran mayoría de las encargadas (70.0%) indicó que el o la menor presentó cambios positivos en su conducta como resultado del tratamiento de salud mental que recibió tanto en el hogar como en la escuela.

Un 30.0% opinó que el o la menor había empeorado o estaba igual como resultado del tratamiento. Entre las razones más frecuentes para que no hubiese cambios mencionaron: los medicamentos no le ayudaron (64.0%), el tratamiento no funcionó (55.0%) y el padre o madre no quería que el menor tomara los medicamentos (46.0%).

Un poco más del 90.0% expresó sentirse totalmente de acuerdo en que: el profesional le trataba con respeto, le hablaba de manera clara y entendible, respetó las creencias religiosas de la

familia y fue una buena decisión buscar servicios para el menor. Sin embargo, se destaca que un 64.0% indicó que no ayudó a seleccionar las metas de tratamiento del menor; y un 19.0% está en desacuerdo con la localización y el horario de los servicios y con la disponibilidad del profesional para atender al hijo o hija.

### Conclusiones

Los resultados que se resumen en las estadísticas presentadas destacan que:

- Existe un aumento 1.65% en los casos de salud mental de menores en Puerto Rico con respecto a la última estadística ofrecida por el Departamento de Salud en el 2004. Esto es, 18.14% vs. 16.4%.<sup>1</sup> Si tomamos en cuenta los menores que dejaron de recibir tratamiento por varias razones (7.0%), la prevalencia aumenta en un 9.0%.
- Un 22.0% de los y las menores que presentan condiciones de salud mental, por una razón u otra, que incluye desde la negativa de las familias a recibir servicios hasta la inaccesibilidad de éstos, no reciben o interrumpieron el tratamiento.
- El 71.0% entre el grupo de encargadas que han interrumpido los tratamientos de los menores ha confrontado algún tipo de problema de acceso o insatisfacción con los servicios existentes.

Existe una correlación estadísticamente significativa al  $p < .01$  entre la prevalencia de menores con condiciones de salud mental diagnosticada y la prevalencia de familiares mayores de edad con condiciones de salud mental diagnosticada en Puerto Rico, de  $R = .63$ . Sobre este particular, resulta interesante que, aunque los casos de menores diagnosticados se distribuyen equitativamente entre los distintos sectores socio-económicos en la muestra, en el contexto del residencial público (tratado como variable interventora) aumenta considerablemente (se duplican), los casos de co-existencia entre menores y mayores que han recibido servicios de salud mental. Este aumento en la correlación fue significativa en *Pearson r* al  $p < .05$ .

<sup>1</sup>En dicho estudio, utilizando otra metodología que pondera los resultados con información en torno a las condiciones de salud mental entre poblaciones hispanas en los EE.UU., se indica que en unos 14% de los casos identificados se pudo constatar *por lo menos* un elemento para el diagnóstico de condición de salud mental, y sólo 7% de casos diagnosticados. Luego de ponderar los resultados con otras tendencias entre la población hispana en los EE.UU. se ajustó la estadística a 16.4%, número que adoptó ASSMCA como la estadística de prevalencia para Puerto Rico en ese momento.

- La administración de la Escala de Cernimiento evidenció que un **13.0%** de los menores obtuvo puntuaciones que indican la presencia de problemas de atención, ansiedad/depresión y de conducta que pueden afectar su funcionamiento psico-social (*Pearson  $\chi^2$   $p < .01$* ). Se encontró una relación significativa entre la puntuación en la Escala de Cernimiento y vivir en un residencial público ( $p < .05$ ); esto apunta a que estos menores tienen mayor probabilidad de presentar problemas en su funcionamiento psico-social que los que residen en otro tipo de vecindario.
- Las sub-escalas de problemas de atención, ansiedad/depresión y conducta evidencian que en la sub-escala de atención un 21.0% tiene indicadores de problemas; en la de ansiedad/depresión hay un 4.0% que presenta problemas y un 7.0% en la de conducta.
- Los análisis de correlación evidenciaron que hay una relación significativa entre problemas de atención y ansiedad ( $p < .01$ ); un 19.0% de los menores obtuvo puntuaciones que indican problemas en ambas áreas. Además, se encontró una relación estadísticamente significativa entre tipo de familia y problemas de ansiedad. Aquellos menores que residen con abuelas y abuelos no presentaron indicadores de ansiedad en comparación con los que viven en otro tipo de composición familiar ( $p < .02$ ). Datos similares se obtuvieron entre las sub-escalas de atención y conducta ( $p < .001$ ) y de ansiedad/depresión y conducta ( $p < .001$ ). Esto apunta a que menores con indicadores de problemas de atención también tienden a presentar indicadores de problemas de conducta y ansiedad.

### **Implicaciones para la Política Pública**

Debemos destacar, en primer lugar, que contrario al estudio que sirvió para establecer la prevalencia de condiciones de salud mental entre los menores puertorriqueños en el 2004,<sup>1</sup> en el estudio realizado por el equipo de investigadores e investigadoras de CINED en 2016, no se encontraron obstáculos culturales mayores para reconocer dichas condiciones. No más de 5.0% de las entrevistas apuntaron a resistencia a admitir la condición de salud mental debido a estigma, vergüenza y el manejo de otros prejuicio sociales (aunque pudiéramos explicar gran parte de las negativas para conceder las entrevistas por factores culturales).

---

<sup>1</sup>Ibid. Canino, et al. (2008).

Por otra parte, debemos subrayar que las entrevistas efectivas o realizadas en la presente investigación pudieron constatar mediante *probing*, que ciertas conductas, como problemas *específicos de aprendizaje* o condiciones que reciben intervenciones psiquiátricas o psicológicas, como el *Déficit de Atención con Hiperactividad*, son conductas sujetas a intervención de salud mental que en ocasiones no eran reconocidas como tal por los adultos encuestados. Esto es, la estructura de la entrevista permitió que aflorara la existencia de ciertos diagnósticos de salud mental aunque algunos encargados de menores no lo reconocieron así al comienzo de la entrevista, ya fuera por desconocimiento, ignorancia o negación. También encontramos casos, en los cuales un diagnóstico principal, como pudiera ser, la existencia de *síndrome Down*, in-visibilizaba la existencia de otros diagnósticos presentes, como la depresión. No obstante, dichas condiciones se identificaron según progresó la entrevista a través de los distintos módulos.

Las razones vertidas por las personas encargadas para interrumpir o no recibir servicios subrayan dos situaciones. La primera tiene que ver con la insuficiencia de los servicios, ya sea por problemas de accesibilidad física en áreas rurales o por los inconvenientes burocráticos del sistema de referido interno del Plan de Salud del Gobierno. Esta última situación debe ser abordada como una que posiblemente viola los derechos civiles y humanos de los menores concernidos. La segunda, está relacionada con el desconocimiento de algunos encargados en torno a las consecuencias que tiene para el desarrollo integral de los y las menores una intervención temprana. Esta situación destaca la importancia de establecer una política educativa efectiva de prevención y educación.

En la medida en que se evidenció la ausencia de diagnóstico, o de diagnóstico apropiado o de tratamiento insuficiente o de interrupción de tratamiento por lo pobre de los servicios, se recomienda que ASSMCA desarrolle una estrategia que considere tanto la geografía como la condición social para que existan servicios de salud mental accesibles a toda la población de Puerto Rico. Esto supone la realización de un inventario de los recursos profesionales existentes y los lugares donde se requiere el servicio, así como de la posibilidad de desarrollar un sistema de transporte hacia los servicios para quienes no tengan los recursos para hacerlo.

Se ha demostrado que la prevalencia de las condiciones de salud mental tiene un componente familiar, especialmente entre los sectores sociales de menos recursos, por lo que resulta necesario el desarrollo de un programa de educación e intervención preventiva y de manejo de las condiciones a nivel familiar en los residenciales y barriadas de Puerto Rico. Esta situación supone la necesidad de investigar más a fondo la situación y desarrollar un plan que viabilice una

intervención concertada a nivel de familia en estos espacios sociales. Se debe estimular el trabajo preventivo en comunidades con características de riesgo (altos índices de violencia, pobreza, madres solteras) de manera que los familiares y encargados de las y los menores conozcan de la importancia de la intervención temprana para prevenir o disminuir el impacto de los trastornos mentales en el funcionamiento psico-social del menor.

En la medida en que un sector significativo de las familias monoparentales que crían a los menores con condiciones de salud mental en Puerto Rico son sus abuelos y que el estudio identifica a ese tipo de familia monoparental como el que más estabilidad emocional le brinda al menor, resulta fundamental que ASSMCA tome las medidas pertinentes para facilitarle a esos abuelos que crían, los apoyos familiares necesario y el acceso a los servicios. Esto puede suponer, por un lado, legislación para autorizar a abuelos que carecen de patria potestad a procurar servicios de salud para sus nietos y por otro lado, apoyo a las familias para la identificación y el manejo de las condiciones de salud mental de los menores y de sistemas de cuidado y transporte para que los abuelos puedan acudir a evaluaciones y terapias.

Proveer adiestramiento a pediatras, educadores, enfermeras, entre otros, que tienen contacto temprano con menores (las orientadoras del WIC, por ejemplo) para la detección y prevención temprana de indicadores de problemas en el funcionamiento psico-social de las y los menores mediante el referido correspondiente.

Orientar a los profesionales de salud mental sobre la relación entre problemas de atención, problemas de ansiedad y problemas de conducta. Es importante que puedan identificar los problemas de ansiedad que subyacen los problemas de atención y de conducta para un diagnóstico preciso que apoye el tratamiento adecuado y la medicación correcta en caso de que se use la medicación. Es crucial estar alerta a que los trastornos de atención pueden estar encubriendo los de ansiedad y a su vez incidir en agravar los problemas de conducta. Debido a que los trastornos de atención constituyen los diagnósticos más frecuentes, es necesario estar alerta a estas relaciones.

El aumento de 1.65% en la prevalencia de condiciones de salud mental, que pudiera ser mayor a la luz de los resultados del módulo de cernimiento entre quienes alegaron carecía de alguna condición, supone la necesidad impostergable de asignar más recursos para la detección temprana y tratamiento de los menores que presenten algún trastorno.

## INFORME FINAL

### A. Metodología

Durante el mes de diciembre de 2015 se administraron en la Clínica de Niños y Adolescentes de Río Piedras adscrita a la ASSMCA, los instrumentos que se habían desarrollado para evaluar la prestación de servicios de salud mental, en ánimo de revisar la validación instrumental realizada previamente y de obtener una *sobre-muestra* de casos (n=58) donde se pudieran administrar los módulos de evaluación de servicios. Esto último, con la intención de poder comparar los servicios provistos directamente por la ASSMCA a personas que tienen el Plan de Salud del Gobierno (PSG) y otros planes.

Desde la segunda semana de enero de 2016 comenzó la administración del instrumento de estudio a nivel nacional para estimar la prevalencia de trastornos de salud mental entre los menores en Puerto Rico. La investigación recopiló información sobre cuatro (4) grupos diferentes: (1) aquellos casos de menores que fueron referidos a recibir servicios de salud mental pero no acudieron a solicitar servicios; (2) los que nunca habían recibido servicios de salud mental; (3) la evaluación de los servicios de salud mental por aquéllos que al momento del estudio se encontraban recibiendo los servicios; y (4) los que habían recibido servicios de salud mental pero al momento del estudio no los estaban recibiendo. Este proceso de recogido de información se extendió durante 2 meses, concluyendo en la segunda semana de marzo de 2016. La entrada y limpieza de datos culminó la segunda semana de abril de 2016.

El cuestionario del estudio nacional se administró cara a cara a los padres/madres o encargados de los menores en sus residencias o lugares de cuidado (casa de las abuelas). La administración del cuestionario osciló entre 15 y 45 minutos en promedio, dependiendo de los módulos que requirió cada caso.

#### *Selección de muestra (Ver Anejo A)*

Se utilizó el modelo de muestra aleatoria estructurada para seleccionar los pueblos en las 8 regiones de servicios de salud según establecidas por la Administración de Seguros de Salud (ASES). A saber, se estructuró la muestra por las regiones de:

- |               |          |
|---------------|----------|
| • San Juan    | Suroeste |
| • Metro Norte | Sur      |
| • Norte       | Sureste  |
| • Oeste       | Noreste  |

Se seleccionaron 25 pueblos al interior de dichas regiones. A saber, San Juan, Bayamón, Guaynabo, Toa Alta, Arecibo, Barceloneta, Lares, Moca, Cabo Rojo, San Germán, Ponce, Yauco, Adjuntas, Villalba, Santa Isabel, Guayama, Salinas, Cidra, Caguas, Humacao, Nagüabo, Ceiba, Luquillo, Canóvanas y Trujillo Alto. Al interior de esos pueblos seleccionados al azar, se seleccionaron las áreas residenciales con distintos niveles socio-económicos, que se visitaron casa a casa para realizar entrevistas con la madre, padre o persona encargada de los menores. En cada residencia identificada con menores, que accedió a la entrevista, se procedió a entrevistar al adulto encargado (padre, madre, tutor o encargada), sobre el mayor de los menores. Por consiguiente, se mantuvo un método aleatorio de selección en todas las etapas de la muestra aleatoria estructurada, desde el pueblo hasta el menor concernido.

En cuanto al tamaño de la muestra, se identificaron **1,336** (N) residencias donde vivían menores con un adulto responsable, de las cuales **940** aceptaron conceder la entrevista. Por consiguiente, el tamaño de la muestra lograda equivale a un **margen de error de  $p < .025$  o 2.5%** y se logró **72.0% de entrevistas realizadas**, lo que supone una efectividad excelente de acuerdo con la literatura sobre el tema.<sup>2</sup> Esto supone que se pueden hacer generalizaciones confiables con respecto a los análisis estadísticos referentes a la prevalencia, sospecha y evaluación de servicios de condiciones de salud mental entre los menores en Puerto Rico.

Además, se lograron más de 140 contactos muestrales (con límite inferior de 144 y límite superior de 201) y más de 105 entrevistas efectivas por región (con límite inferior de 106 y límite superior de 136), lo que permite realizar comparaciones estadísticamente válidas entre regiones. También, el sobre-muestreo (58 casos) realizado en las clínicas de Salud Mental del Hospital Pediátrico, nos permitieron tener una muestra robusta para realizar el análisis de la evaluación de servicios y comparar los servicios prestados por ASSMCA con los prestados por los servicios privatizados.

Todo el trabajo de campo fue sujeto a supervisión constante “*on site*” y todos los cuestionarios fueron revisados y verificados (*data cleaning*) antes de proceder con la entrada de datos en el programa de SPSS 24.

---

<sup>2</sup>Chava Frankfort Nachmias y David (2015). **Research Methods in the Social Sciences**, 7<sup>th</sup> Edition. St. Martin's Press: New York.

Leslie Kish (2003). **Survey Sampling**. 11<sup>th</sup> Edition. Wiley & Sons: New York.

Fred Kerlinger, (2011). **Foundations of Behavioral Research**, 3<sup>rd</sup> Edition. Holt, Rinehart & Winston: London.



### ***Informante clave***

La información se recopiló en todos los casos sobre el mayor de los menores que residía en la vivienda. La persona que ofreció la información fue la madre, el padre, la tutora legal o la encargada del mayor de los menores. Un 88.0% de las y los abuelos entrevistados eran tutores legales del menor y el resto eran abuelas que tenían a su cargo el cuidado diario del menor o que tenían viviendo con ellas a la madre o padre del menor.

En todos los casos se explicó la naturaleza y propósito del estudio y los riesgos y beneficios de su participación. Se le presentó a cada persona entrevistada una Hoja de Consentimiento Informado, en la cual se hizo una marca de cotejo indicando que aceptaban participar en el estudio. No se solicitó su firma por propósitos de confidencialidad.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo voluntaria y libremente y se tomaron las debidas precauciones para proteger la confidencialidad y anonimato de los cuestionarios. En los casos donde los adultos entrevistados mostraron mucha confusión en las respuestas o donde se evidenció su ignorancia en torno a la condición de salud mental del menor o donde quedó claro que se sintieron muy incómodos con proveer información sobre el tema, se descartaron las entrevistas.

### ***Instrumentos de recopilación de datos***

Se diseñaron seis (6) instrumentos para la recopilación de datos. A saber:

- Módulo A: Características Socio-Demográficas de Informante y Núcleo Familiar
- Módulo B: Identificación de Características del Mayor de los Menores para la Selección del Módulo a Ser Administrado
- Módulo C: Razones para No Recibir Servicios de Salud Mental
- Módulo D: Escala de Cernimiento
- Módulo E: Menores que se Encuentran Recibiendo Servicios de Salud Mental
- Módulo E-2: Menores que Habían Recibido Servicios de Salud Mental y al Momento del Estudio No los Recibían

Como parte del Módulo de Cernimiento se utilizó la Escala de Cernimiento (Pediatric Symptom Checklist) elaborada por Jellinek & Murphy (1988). Esta Escala se utiliza para identificar la presencia de indicadores de problemas en el funcionamiento psico-social del mayor de los menores. Esta Escala no se utiliza para diagnosticar sino para levantar información que apunta a la sospecha de presencia de problemas de atención, ansiedad/depresión y de conducta. La Escala tiene un punto de corte que permite establecer si hay indicadores de problemas de

atención, ansiedad/depresión o conducta que pueden afectar el funcionamiento del menor y apunta a que estos casos ameritan ser evaluadas por un profesional de salud mental cualificado con el propósito de lograr una evaluación más completa y descartar o corroborar los resultados en la escala.

La Escala de Cernimiento contiene a su vez, tres sub-escalas para medir indicadores de problemas de atención, ansiedad/depresión y conducta. Estas tres sub-escalas tienen también puntos de corte para estimar la presencia de problemas en estas tres dimensiones del funcionamiento psico-social del menor o la menor.

La Escala de Cernimiento ha sido traducida, adaptada y validada para diversas culturas e idiomas como el español, japonés, alemán y holandés. En enero de 2011, la Escala recibió la aprobación provisional del National Quality Forum (NQF) como una medida de cuidado nacional de la salud mental de menores. De esta manera, el Pediatric Symptom Checklist (PSC) se convirtió en una, de sólo 15 instrumentos para medir la salud de menores, reconocida por la organización y la única que está dirigida exclusivamente a la salud mental de menores. En el 2013, la organización le confirió su respaldo total a la misma.

Jellinek y otros (1988) utilizaron varias medidas inferenciales para determinar la **validez** de la Escala y encontraron que tiene una especificidad de 0.68 y una sensibilidad de 0.95 cuando se compara con las clasificaciones de menores con disfunción psico-social. Quiere decir, que un 68.0% de las y los menores identificados como positivos en la Escala de Cernimiento también serán identificados con problemas en su funcionamiento psico-social por un clínico en salud mental experimentado; y por el contrario, el 95.0% de los menores identificados como negativos en la Escala serán identificados como que no presentan problemas en su funcionamiento psico-social.

En cuanto a la **validez** de la Escala, las medidas de pruebas repetidas (test-re-test) varían entre un coeficiente  $r = .84$  a  $.91$ . La clasificación de positivo/no positivo a través del tiempo varía entre un 83.0% a 87.0% (Jellinek et al., 1988; Murphy et al., 1992). Diversos estudios indican una consistencia interna fuerte (Cronbach alpha =  $.91$ ) entre los reactivos de la Escala y una correlación altamente significativa ( $p < .001$ ) entre los reactivos individuales de la Escala y puntuaciones positivas de cernimiento.

### ***Procedimiento de análisis***

Los datos fueron procesados utilizando el programa SPSS 24. Se utilizaron medidas estadísticas de tendencia central como el promedio, la media y la moda. Se condujeron diversos análisis inferenciales utilizando medidas como el *Pearson  $\chi^2$* ; t-test y *Pearson r*, entre otros. Se realizaron múltiples análisis para conocer si había relación entre variables como sexo, edad, composición familiar, entre otras y los resultados en la Escala de Cernimiento y en las sub-escalas. Los resultados de estos análisis se presentan en el informe.

## B. Perfil Socio-Educativo y Demográfico de Adultos Entrevistados

### 1. Características de Personas Entrevistadas

**Tabla 1: Datos Socio-Demográficos de Personas Entrevistadas**

<i>Características</i>	<i>Por Ciento</i>
<b>Sexo</b>	
<i>Femenino</i>	80.0
<i>Masculino</i>	20.0
<b>Relación de entrevistada con mayor de menores</b>	
<i>Madre</i>	58.0
<i>Abuela/o</i>	23.0
<i>Padre</i>	14.0
<i>Otro<sup>1</sup></i>	5.0
<b>Estado Civil</b>	
<i>Casada/o</i>	35.0
<i>Soltera/o</i>	35.0
<i>Unión consensual</i>	14.0
<i>Divorciada/o</i>	8.0
<i>Viuda</i>	5.0
<i>Separada/o</i>	3.0
<b>Edad</b>	
<i>20 o menos</i>	2.0
<i>21 a 40</i>	51.0
<i>41 a 60</i>	32.0
<i>61 a 80</i>	13.0
<i>81 o más</i>	1.0
<b>Educación</b>	
<i>Elemental</i>	4.0
<i>Intermedia</i>	9.0
<i>Escuela Superior</i>	7.0
<i>Graduado de escuela superior</i>	45.0
<i>Grado Asociado, vocacional, técnico</i>	22.0
<i>Estudios universitarios y Bachillerato</i>	9.0
<i>Maestría/ JD /Doctorado</i>	3.0
<b>Estado Laboral</b>	
<i>Ama de casa</i>	46.0
<i>Desempleada/o</i>	10.0
<i>Retirada/o</i>	7.0
<i>Incapacitada/o</i>	6.0

<i>Estudiante</i>	5.0
<i>Empleado</i>	20.0
<i>Trabaja por cuenta propia</i>	7.0
<b><i>Fuera de la fuerza laboral</i></b>	68.0
<b><i>Trabajando o estudiando</i></b>	32.0
<b><i>Fuente de Ingreso<sup>2</sup></i></b>	
<i>Ayudas del gobierno</i>	57.0
<i>Empleo (entrevistada o pareja)</i>	41.0
<i>Seguro social</i>	18.0
<i>Pensión alimenticia</i>	15.0
<i>Pensión por retiro</i>	6.0
<i>Ayuda de familiares</i>	2.0
<b><i>Plan Médico</i></b>	
<i>Plan de salud del gobierno</i>	69.0
<i>Plan privado</i>	17.0
<i>Financiamiento propio</i>	2.0
<i>No tiene plan de salud</i>	4.0
<i>Otro<sup>3</sup></i>	8.0
<b><i>Hogares con personas que reciben servicios de salud mental</i></b>	
<i>No hay personas que reciben servicios</i>	72.0
<i>Hay personas que reciben servicios</i>	28.0

<sup>1</sup>Incluye tíos, hermano tutor y encargado de hogar.

<sup>2</sup>Las personas podían mencionar más de una fuente de ingresos.

<sup>3</sup>Incluye: padre separado o divorciado lo tiene en el plan, ayuda económica de padre del menor y de abuelos.

El perfil de adultos encargados de los menores que fueron entrevistadas indica que 80.0% son féminas mientras 20.0% son varones. Se observa que la mayoría (58.0%) de las personas adultas entrevistadas correspondió a la madre de los menores, seguida de la abuela (23.0%). Se destaca que un 88.0% de las abuelas que fueron entrevistadas eran encargadas o tutoras legales de los menores que residían en su hogar. En relación al estado civil, un 49.0% informó que tenía pareja, mientras el restante 51.0% no tenía. Un 51.0% estaba entre las edades de 21 a 40 años; mientras que un 14.0% tenía 61 años o más. La edad promedio fue de 42 años, la media fue de 39 años y la edad que más se repitió (MODA) fue de 35 años.

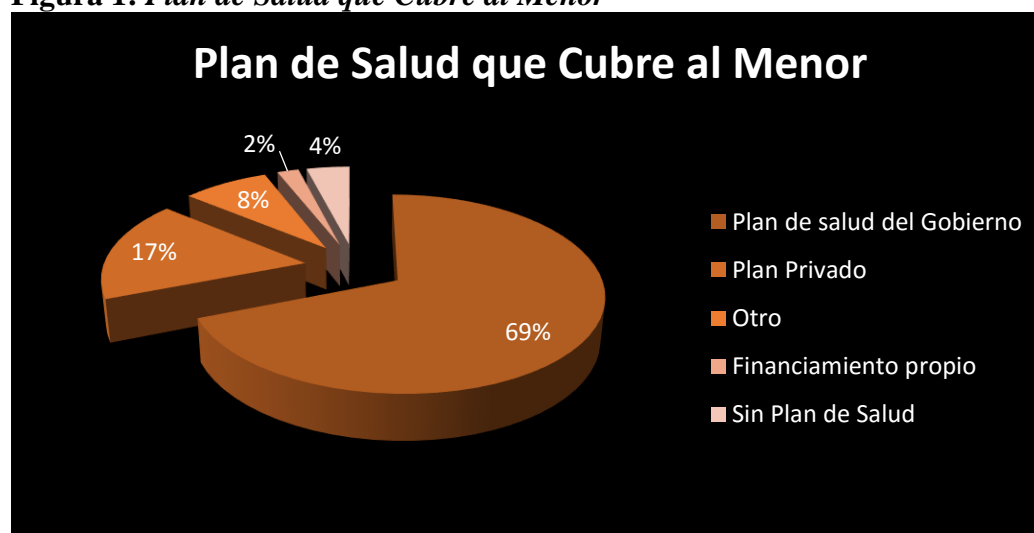
Más de dos quintas partes (45.0%) eran por lo menos graduadas de escuela superior, mientras que un 39.0% tenía estudios posteriores a la escuela superior. Los datos apuntan a que la inmensa mayoría (84.0%) tenía por lo menos un diploma de escuela superior, lo que supone que existe la capacidad de comprensión sobre lo que significa una condición de salud mental.

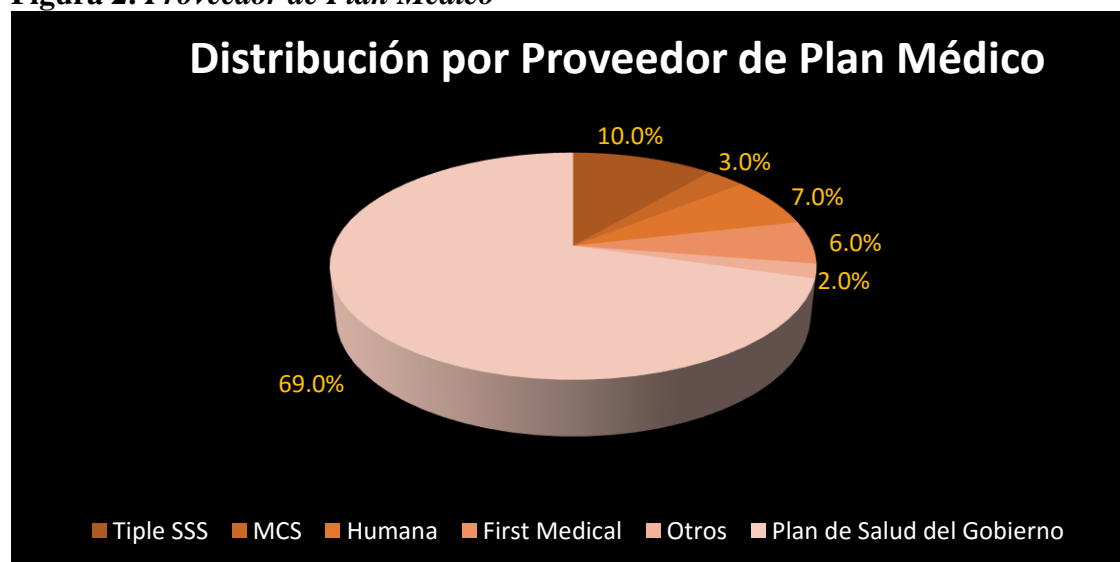
Más de la mitad de la población (68.0%) alegó estar fuera de la fuerza laboral, total o parcialmente, ya sea por desempleo, retiro o jubilación, mientras que un 32.0% informó estar empleada al momento de la entrevista. Entre quienes se mantienen vinculados al mundo laboral, 60.0% son empleados, 21.0% trabaja por cuenta propia de manera regular y 19.0% lo hace a tiempo parcial.

En relación al estado ocupacional, se encontró que un 68.0% no tenía empleo remunerado y sólo un 32.0% tenía trabajo, ya fuera empleada en el sector público o privado o por cuenta propia. Casi la mitad de las personas que no tenía trabajo remunerado se describió como ama de casa. Los ingresos del hogar provenían en su mayoría de ayudas gubernamentales (57.0%) y del empleo de la persona entrevistada o de su pareja (41.0%).

La mayoría (**69.0%**), alega que contaba con el Plan de Salud del Gobierno para cubrir las necesidades de servicios de salud del mayor de los menores; un 17.0% posee un plan médico privado que cubre servicios de salud mental, y un 2.0% alega financiamiento propio. A su vez, un 8.0% alega depender del plan médico o dinero provisto por la pareja de quien se ha separado o divorciado para cubrir los servicios de salud mental de los menores o de alguna ayuda de otro familiar, donde predominan los abuelos. Se destaca que un **4.0%** de los menores no estaba cubierto por ningún plan de salud, ya fuera privado o gubernamental (Véase Figura 1). Los planes médicos identificados fueron: Plan de Salud del Gobierno (69.0%), Triple SSS (10.0%), Humana (7.0%), First Medical (6.0%) y otros (Véase Figura 2).

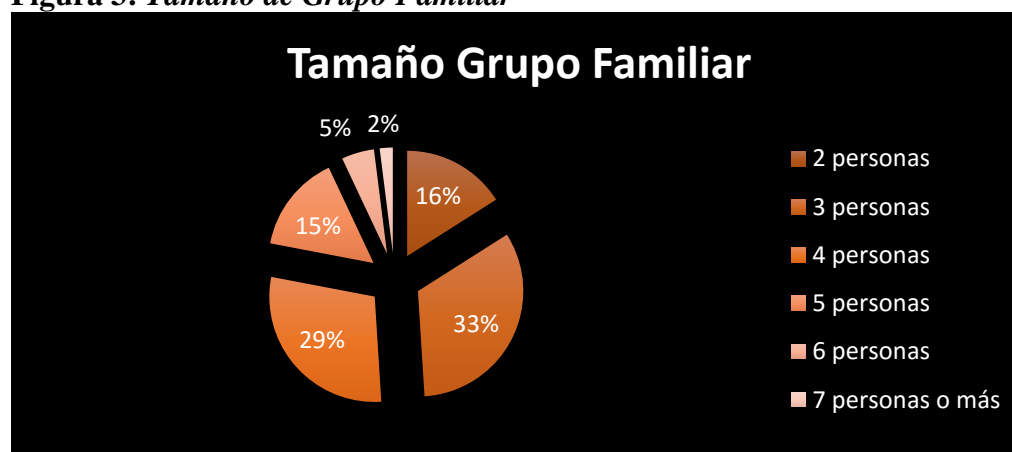
**Figura 1: Plan de Salud que Cubre al Menor**



**Figura 2: Proveedor de Plan Médico**

## 2. Características del Núcleo Familiar

La mayoría de las personas que residían en el hogar de los entrevistados correspondía al sexo femenino (53.0%); mientras el resto era del sexo masculino (47.0%). Casi tres cuartas partes de las familias (72.0%) tenía un cuadro familiar de cuatro personas o menos (Véase Figura 3). El promedio de personas por hogar era de cuatro miembros. En relación a la composición familiar se encontró una multiplicidad de arreglos, desde la madre o el padre solo con un hijo o hija, hasta familias con varias generaciones y parentescos residiendo bajo el mismo techo.

**Figura 3: Tamaño de Grupo Familiar**

### *Composición familiar*

Un análisis de la **Tabla 2** permite destacar que en un 65.0% de las familias la madre está presente; un 22.0% corresponde a abuelos criando los y las nietas; en un 38.0% de las familias hay

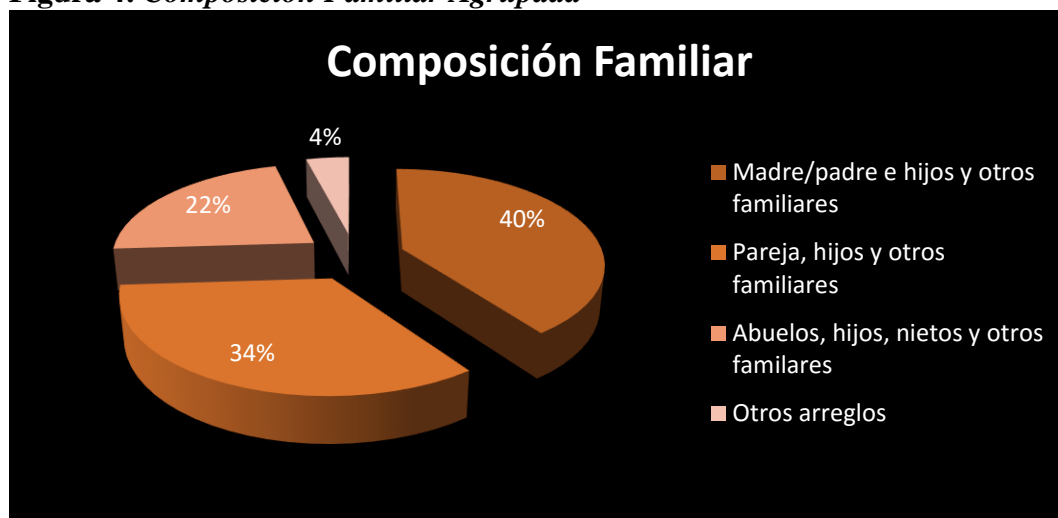
abuelos o abuelas presentes. Un 36.0% de las familias está compuesta por la madre, hijos y otros familiares y no hay pareja presente; en un 34.0% de las familias hay una pareja presente; y sólo un 4.0% corresponde a padres con hijos y otros familiares. Otros arreglos corresponden a menores viviendo con tías; en hogares de crianza; con hermanos mayores de edad y menores conviviendo con una pareja.

**Tabla 2: Composición Familiar**

<i>Composición</i>	<i>Por Ciento</i>
Madre, pareja e hijos	31.0
Madre e hijos	27.0
Abuelos, nietos	13.0
Abuelos, hijos, nietos	9.0
Madre, hijos, abuelos	5.0
Madre, pareja, hijos, abuelos	2.0
Padre e hijos	3.0
Madre, hijos, otros familiares	2.0
Madre, hijos, nietos	2.0
Tutor, menores	2.0
Madre, pareja, hijos, otros familiares	1.0
Padre, hijos, abuelos y otros familiares	1.0
Abuelos, hijos, nietos, otros familiares	1.0
Abuelos, nietos, otros familiares	0.4
Tutor, menores y otros familiares	0.3
Otros arreglos	3.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

En la **Figura 4** se observa que al agrupar los diversos arreglos de composición familiar, dos quintas partes (**40.0%**) corresponde a la madre o padre con los hijos y otros familiares, tales como los abuelos de los y las menores; mientras que sólo un **34.0%** corresponde a la pareja con los hijos y otros familiares. Casi una cuarta parte (**22.0%**) corresponde a las y los abuelos con nietos, hijos y otros familiares como hermanos o uno de sus padres (bisabuelos de los menores). Se destaca un predominio de familias **monoparentales** (40.0%) en las que hay uno sólo de los progenitores presente.



**Figura 4: Composición Familiar Agrupada*****Edad y nivel educativo de los miembros de la familia***

En la **Tabla 3** se observa que un 66.0% de los miembros del grupo familiar, exceptuando la persona entrevistada, corresponde a menores con una edad de 18 años o menos. A su vez, se destaca que entre éstos un 45.0% corresponde a menores de 12 años o menos. Este dato apunta a familias con un alto número de personas dependientes.

**Tabla 3: Miembros de la Familia por Edad**

<i>Edad</i>	<i>Por Ciento</i>
5 años o menos	20.0
6 a 12 años	25.0
13 a 18 años	21.0
19 a 25 años	8.0
26 a 35 años	8.0
36 a 45 años	6.0
46 a 55 años	5.0
56 a 65 años	4.0
66 o más	3.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

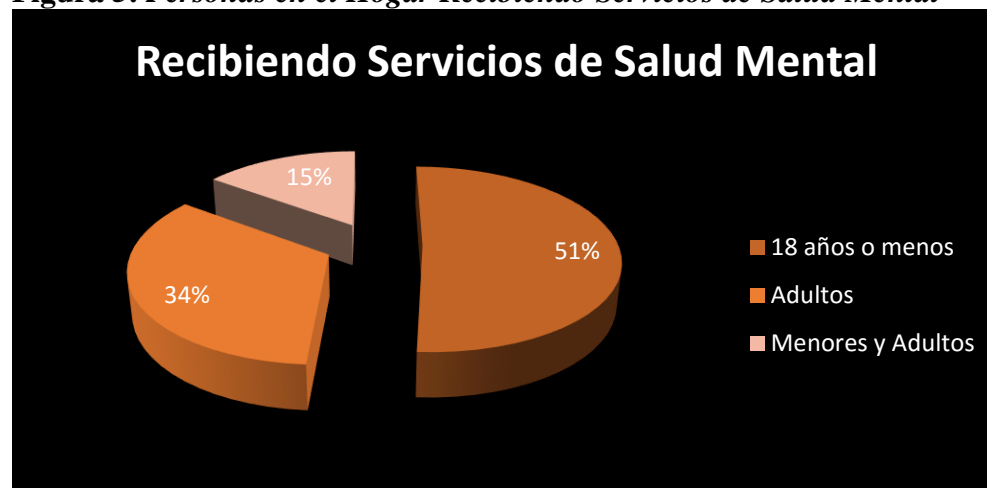
**Tabla 4: Nivel Educativo de Miembros de la Familia**

<i>Grado más alto alcanzado</i>	<i>Por Ciento</i>
Pre-escolar	11.0
Elemental	28.0
Intermedia	15.0
Escuela Superior	12.0
Graduado de Escuela Superior	18.0
Grado Asociado/ Técnico/ Vocacional	8.0
Bachillerato	7.0
Maestría/ JD/ Doctorado	1.0

En la **Tabla 4** se observa que en relación al nivel educativo de los miembros de la familia, un 11.0% correspondía a menores que no tienen edad para estar en la escuela y aquéllos que están en el kínder (pre-escolar). Cinco personas adultas no estudiaron. Entre los miembros de la familia se destaca que un poco más de una cuarta parte (**26.0%**) tiene por lo menos un diploma de escuela superior.

#### *Personas recibiendo servicios de salud mental*

Se encontró que en un 72.0% de los hogares no había personas recibiendo servicios de salud mental; mientras que en un 28.0% de los hogares había por lo menos una persona recibiendo estos servicios. En los hogares en que había por lo menos una persona recibiendo servicios, la mayoría (51.0%) correspondía a menores de 18 años o menos, un 34.0% a personas adultas y en un 15.0% había tanto menores como adultos recibiendo servicios de salud mental. Quiere decir que en un 66.0% de estos hogares había menores recibiendo servicios y en un 49.0% había adultos recibiendo los (Véase Figura 5).

**Figura 5: Personas en el Hogar Recibiendo Servicios de Salud Mental**

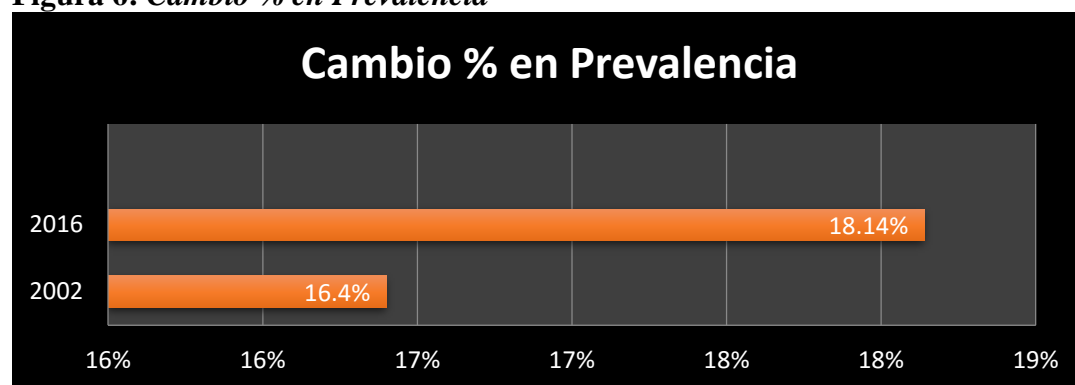
### C. Prevalencia y Menores Referidos a Servicios de Salud Mental

#### *Prevalencia de trastornos de salud mental*

La prevalencia de trastornos de Salud Mental entre los y las menores en Puerto Rico fue abordada en los módulos A y B del cuestionario administrado.<sup>3</sup> El cuestionario C añade información valiosa en torno a las razones para rehusar los servicios por algunos de los encargados. Los resultados del estudio evidencian que el **18.14% (n=172)** de los menores en Puerto Rico presentan alguna condición de salud mental diagnosticada durante la primavera de 2016. La mayor prevalencia se registró en la región de salud Suroeste y la menor en la región de San Juan. Esto incluye quienes han recibido servicios para atender su condición y quienes no han recibido servicio por varias razones. Entre estos, 1.32% son menores con diagnóstico de autismo o problemas específicos de aprendizaje cuyo tratamiento es responsabilidad de otras agencias, por lo cual **16.82%** de los trastornos identificados son responsabilidad de ASSMCA.

Estos resultados suponen que, tomando en consideración el resultado de prevalencia obtenido refleja un leve aumento de 1.65% con respecto a la prevalencia anterior, que fue establecido en **16.4% (n=157)**. (Véase Figura 6).

**Figura 6: Cambio % en Prevalencia**



Además de las estadísticas de prevalencia obtenida, se identificaron **13.0%** de casos en que se sospecha la posibilidad de otros casos con alguna condición de salud mental no diagnosticadas a través de la Escala de Cernimiento. Debemos recordar que la Escala de Cernimiento no es un instrumento para diagnosticar, sino que se utiliza para detectar indicadores de problemas en el funcionamiento psico-social entre los menores que, de acuerdo a la información ofrecida por los

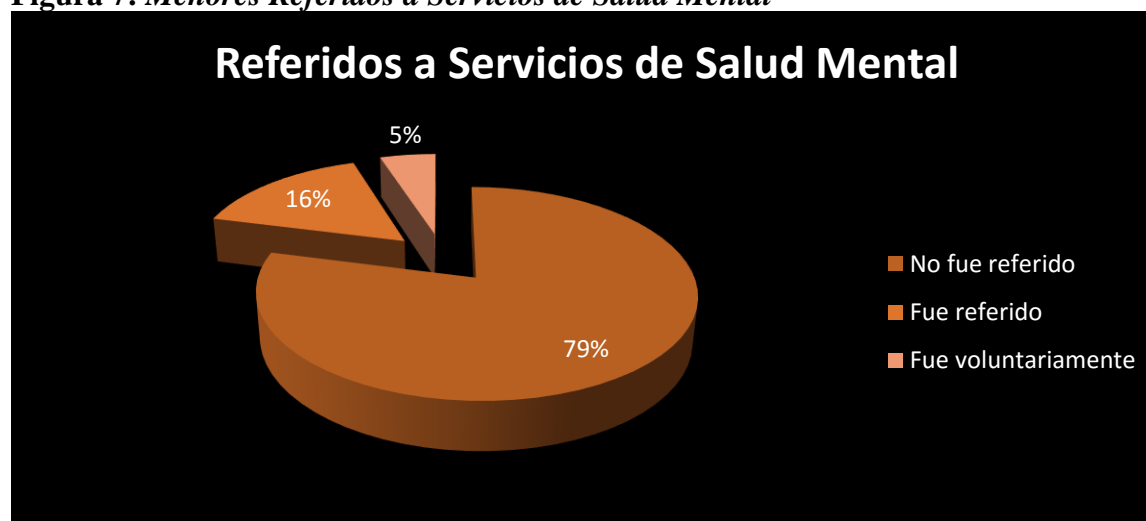
<sup>3</sup>En los Módulos D, E y E-2, se presentan detalles en torno a las preocupaciones sobre conductas no diagnosticadas y la evaluación de los servicios recibidos.

adultos entrevistados, ameritan una evaluación formal por un profesional cualificado en salud mental, para corroborar o descartar la sospecha de presencia de trastornos.

### ***Referidos a servicios de salud mental***

Se recogió información que permitió conocer si el mayor de los menores había sido referido a o se le había recomendado recibir servicios de salud mental. Los datos recopilados sobre el o la mayor de los menores que residía en el hogar evidenciaron que la mayoría (79.0%) no había sido referido ni le había recomendado recibir servicios de salud mental. Por el contrario, un 16.0% había sido referido y un 5.0% buscó los servicios voluntariamente (Véase Figura 7).

**Figura 7: Menores Referidos a Servicios de Salud Mental**



De los que fueron referidos, un 92.0% llevó al menor a evaluación y un **8.0%** ignoró el referido. En la **Tabla 5** se desglosan las razones para no acudir a recibir servicios. Se observa que las razones principales para no llevar al menor o la menor a recibir servicios se relacionan con la falta de cubierta de servicios de salud mental del plan, la inaccesibilidad de los servicios y la negativa de las madres o padres a llevar al menor a recibir servicios.

**Tabla 5: Razón para Ignorar Referidos a Servicios de Salud Mental**

<b><i>Por Ciento</i></b>	<b><i>Razón Ofrecida<sup>1</sup></i></b>
40.0	El plan no cubre los servicios y no tiene dinero para costearlos <sup>2</sup>
30.0	Encargada entiende que no hace falta atender al menor
20.0	No hay servicios cerca o accesibles <sup>3</sup>
15.0	La conducta aludida <i>es normal para la edad del menor</i> (no entiende el porqué del referido)

10.0	Se hace difícil coordinar citas a través del plan u obtener referido del médico primario <sup>4</sup>
10.0	La maestra la tiene con el nene o nena

<sup>1</sup>Se podía aludir a más de una razón.

<sup>2</sup>Todos estos casos tienen plan privado o carecen de cobertura. El 10% de ellos tiene un plan que cubre servicios de salud mental, pero la persona encargada lo desconocía.

<sup>3</sup>Todos estos casos son de áreas rurales.

<sup>4</sup>Todos estos casos tienen el Plan de Salud del Gobierno.

### *Servicios recibidos*

De los que fueron referidos, o fueron a buscar servicios voluntariamente, la mayoría (66.0%) recibió un diagnóstico, mientras que un 34.0% no fue diagnosticado. Además, entre aquéllos que **recibieron un diagnóstico, un 67.0%** recibió algún servicio de salud mental, mientras que un **33.0%** no recibió ningún servicio. Quiere decir que **una tercera parte** de menores que han sido diagnosticados, se encuentran sin recibir los servicios de salud mental necesarios para atender sus trastornos de salud mental (Véase Figura 8).

**Figura 8: Menores Diagnosticados por Servicios Recibidos**



### *Preocupación por comportamiento del menor*

Por último, se preguntó a los padres o encargados si le preocupaba alguna conducta del mayor de los menores en el hogar que **no** había sido referido, evaluado o diagnosticado y **no** recibía servicios de salud mental. La gran mayoría (89.0%) indicó que no les preocupaba el

comportamiento del mayor de los menores; mientras que un 11.0% expresó estar preocupada. En la **Tabla 6** se observa que el comportamiento que les preocupaba estaba relacionado principalmente con problemas de conducta (48.0%), que se manifestaban en hiperactividad, agresividad, pobre control de impulsos, baja tolerancia, entre otras.

Debe señalarse que casi una cuarta parte (24.0%) manifestaba más de una conducta que preocupaba a los padres o encargados, tales como agresividad y auto-agresión; impulsividad e irritabilidad; distracción, aislamiento y depresión. En segundo lugar, se ubicaron problemas relacionados con el desarrollo (12.0%), con la escuela (12.0%) y con las figuras de autoridad (12.0%).

**Tabla 6: Conducta que Preocupa del Menor que No Ha Sido Referido a Servicios de Salud Mental**

<i>Conducta que Preocupa</i>	<i>Por Ciento</i>
Problemas de conducta (hiperactividad, agresividad, carácter fuerte, etc.)	48.0
Problemas del desarrollo (atraso en habla, dificultad para caminar, etc.)	12.0
Problemas relacionados con la escuela (malas notas, no presta atención, problemas con los maestros y compañeros)	12.0
Problemas con figuras de autoridad (retante, no obedece las reglas, etc.)	12.0
Problemas emocionales (depresión, irritación, aislamiento, cambios de humor repentinos)	11.0
Uso exagerado de la tecnología	7.0
Problemas de atención (distracción, no escucha, etc.)	5.0
Problemas neurológicos (epilepsia, movimientos involuntarios, no mira, no se ríe, etc.)	2.0
Otro (conducta sexual precoz, muy “enamorado”, pérdidas de familiares)	2.0

### D. Cernimiento de Menores que No Han Recibido Servicios de Salud Mental

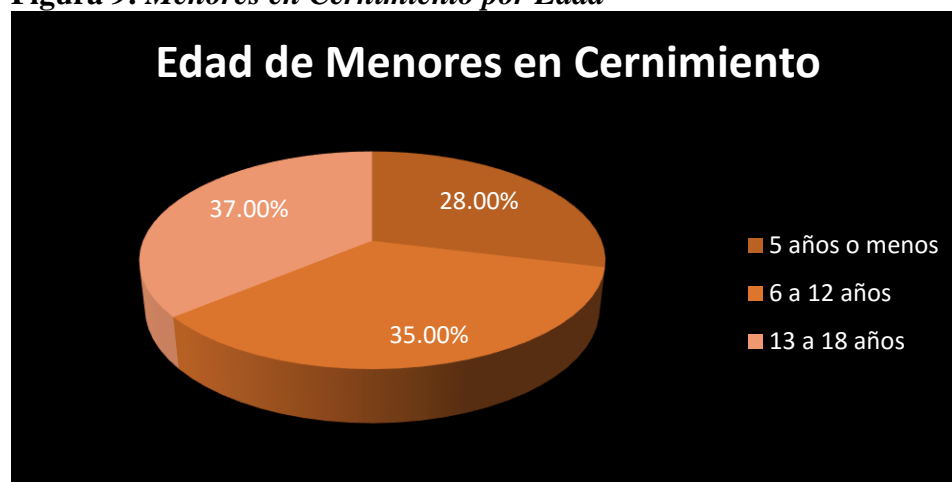
El Módulo D se utilizó para recoger información sobre el o la **mayor** de los menores que nunca había recibido servicios de salud mental. Se utilizó la escala desarrollada por Jellinek y Murphy (1988) para identificar la presencia de indicadores de trastornos de salud mental. La escala apunta a la presencia de indicadores de trastornos que pudieran afectar el funcionamiento psico-social del menor. La misma no es un instrumento para diagnosticar trastornos de salud mental, es un instrumento que apunta a la necesidad de una evaluación por un profesional de salud mental cualificado para corroborar o descartar la presencia de un trastorno de salud mental.

Esta escala ha sido validada para diversas poblaciones, entre ellas la hispana, y ha sido traducida y adaptada a varios idiomas para detectar sospecha de indicadores de condiciones de salud mental. La escala fue utilizada para medir la presencia de indicadores en un 78.0% de los menores de la muestra total, que representaban aquéllos que no habían recibido servicios de salud mental.

#### 1. Características de Menores que No Han Recibido Servicios de Salud Mental

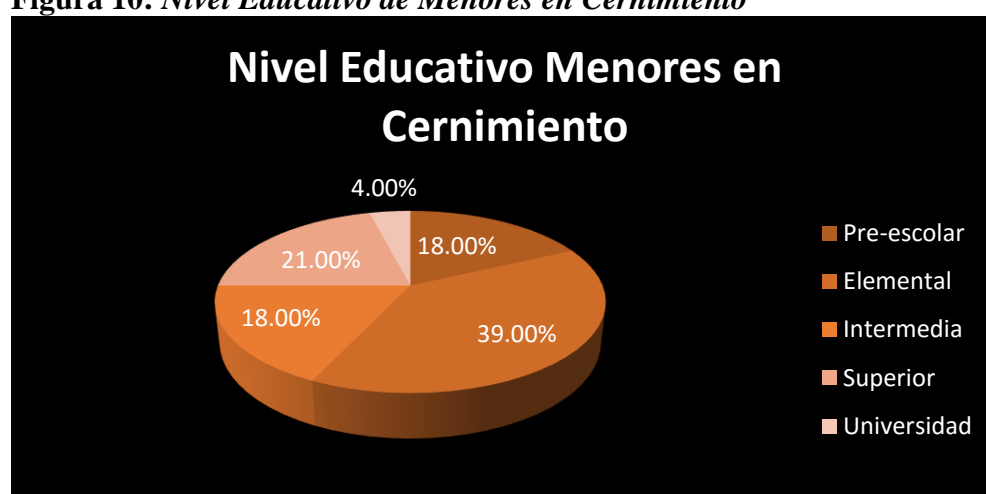
Se encontró que de las 998 familias entrevistadas, en 777 familias el mayor de los menores **no** había sido referido **ni** estaba recibiendo servicios de salud mental (78.0%), mientras que un **22.0%** de los padres o encargados alegaron que fueron voluntariamente o les fue recomendado llevar al menor a recibir servicios de salud mental. Un 28.0% de los y las menores que nunca habían recibido servicios de salud mental, tenía 5 años de edad o menos, mientras que un 72.0% tenía entre 6 a 18 años de edad. El promedio de edad fue de 10 años, al igual que la media. La MODA fue de 17 años (Véase Figura 9).

**Figura 9: Menores en Cernimiento por Edad**



Una leve mayoría de los menores en cernimiento correspondió al sexo masculino (50.3%), mientras que las féminas constituyeron un 49.7%. En relación al programa escolar al que pertenecían se encontró que la inmensa mayoría (84.0%) pertenece a la corriente regular, ya sea en escuela pública o privada, mientras que sólo un 5.0% recibe servicios de educación especial. En cuanto al nivel educativo de los menores en cernimiento que asistían a la escuela se observa que la mayoría (57.0%) asiste al preescolar o a la escuela elemental. Un 18.0% estaba en la escuela intermedia y un 25.0% en la escuela superior y en estudios técnicos. Un 14.0% de los menores de 5 años o menos, no estaba en la escuela (Véase Figura 10).

**Figura 10: Nivel Educativo de Menores en Cernimiento**



## 2. Clasificación de Menores por Puntuación en Escala de Cernimiento

Con el propósito de identificar posibles indicadores de presencia de problemas que pueden afectar el funcionamiento psico-social de las y los menores se le administró a los encargados una Escala de Cernimiento para identificar la presencia de indicadores de problemas en el funcionamiento psico-social del mayor de los menores. Esta Escala no se utiliza para diagnosticar sino para levantar información que apunta a la sospecha de presencia de problemas de atención, ansiedad/depresión y de conducta (Jellinek & Murphy, 1988).

La Escala de Cernimiento permitió identificar que un **5.0%** entre los menores con edades de 5 años o menos (Véase Figura 11), y un **8.0%** entre las edades de 6 a 18 años (Véase Figura 12), obtuvo puntuaciones que apuntan a problemas en diversas áreas del funcionamiento del menor que ameritan ser evaluadas por un profesional de salud mental cualificado con el propósito de lograr una evaluación más completa y descartar o corroborar los resultados en la escala. Se presentan los datos de forma independiente para cada grupo de edad debido a que para evaluar la



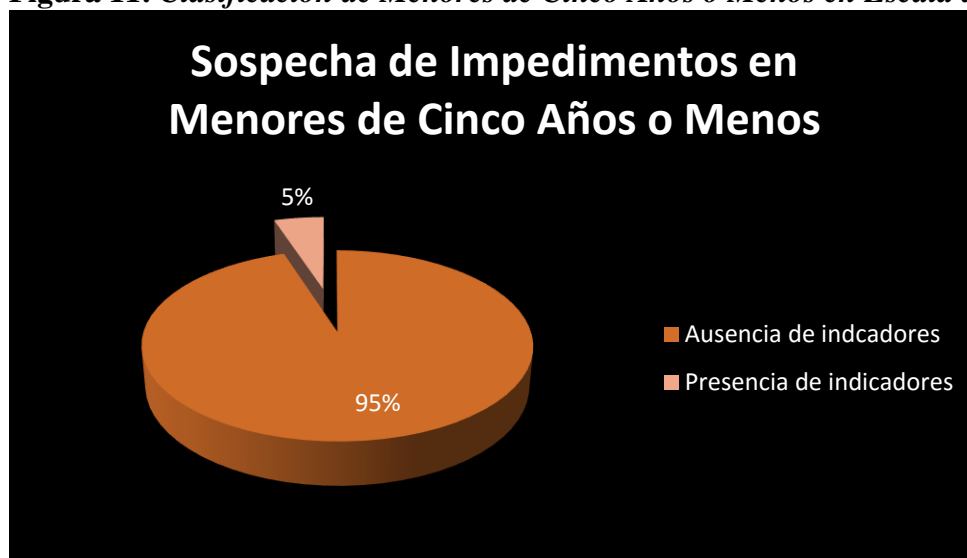
presencia de indicadores en los menores de 5 años hay cuatro reactivos que no se utilizan, ya que éstos apuntan a situaciones relacionadas con la escuela.

Un análisis inferencial arrojó resultados significativos que evidencian que los resultados obtenidos en la escala para **menores de 5 años** ( $t=31.234494$   $p<.001$ ) y para menores con una edad entre **6 a 18 años** ( $t=158.713$   $p<.001$ ) apuntan a problemas de funcionamiento psico-social entre los menores.

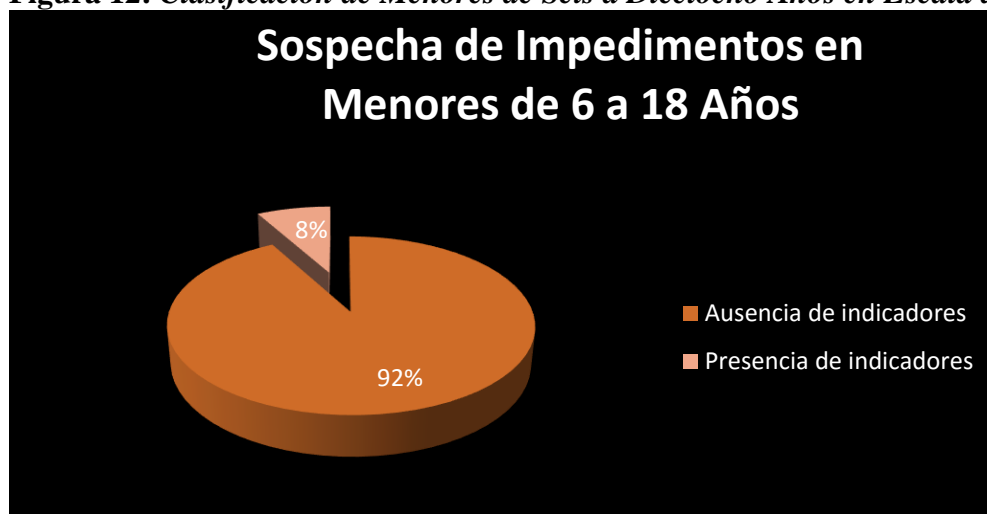
Las puntuaciones obtenidas en ambos grupos son indicativas de que un por ciento considerable (**13.0%**) está en riesgo de que su funcionamiento se vea afectado por diversos trastornos. Se condujeron varios análisis estadísticos inferenciales los cuales arrojaron evidencia de que no hay diferencias significativas en cada uno de los grupos por sexo, edad, ni tipo de familia en la que residían los y las menores. Quiere decir que los datos no evidencian que los varones presenten más indicadores que las féminas; ni que los menores entre 6 y 12 años presenten más o menos indicadores que los menores entre 13 y 18 años.

Tampoco se encontró que el tipo de composición familiar estuviera relacionado significativamente con la presencia de indicadores de trastorno. Es decir, menores que residen en familias monoparentales no presentan más indicadores que aquéllos que residen en otro tipo de familias. Sin embargo, se encontró una relación significativa entre lugar de residencia y la Escala de Cernimiento. Se observó una relación entre vivir en residencial público y obtener una puntuación que apunta a problemas que pueden afectar el funcionamiento psico-social de las y los menores (**Pearson  $X^2=5.764$   $p<.05$** ). Quiere decir que aquellos menores que residen en residenciales públicos tienen mayor probabilidad de presentar problemas en su funcionamiento psico-social que los que residen en otro tipo de vecindario.

**Figura 11: Clasificación de Menores de Cinco Años o Menos en Escala de Cernimiento**



**Figura 12: Clasificación de Menores de Seis a Dieciocho Años en Escala de Cernimiento**



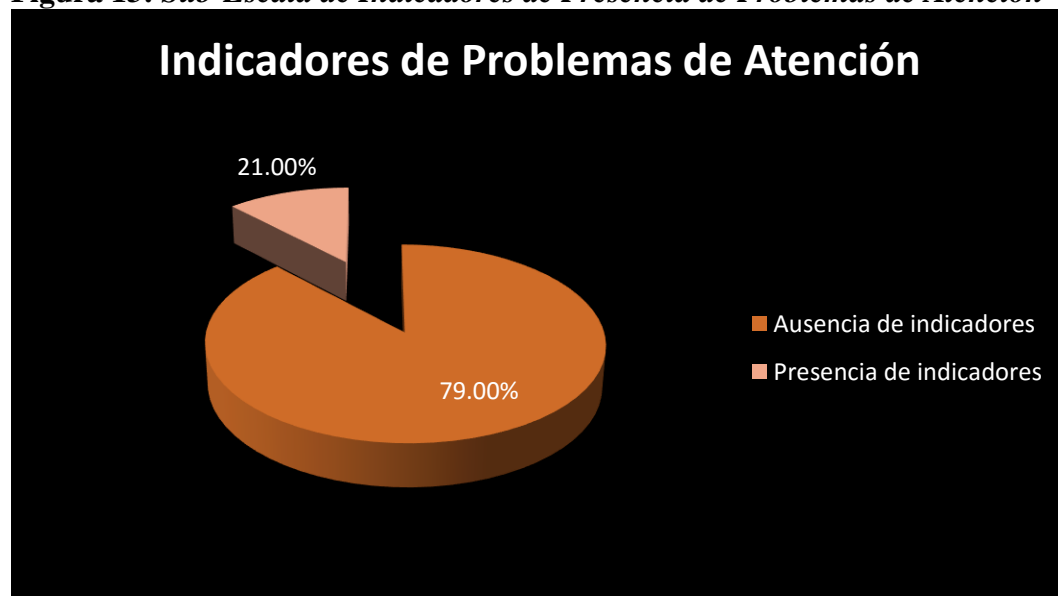
### 3. Sub-Escalas de Cernimiento

La Escala de Cernimiento tiene a su vez tres sub-escalas que permiten identificar diversas áreas en las que pueden observarse problemas de funcionamiento psico-social. Estas tres sub-escalas están dirigidas a medir problemas de *atención*; problemas de *ansiedad/depresión*; y problemas de *conducta*. Las tres sub-escalas permiten auscultar con más detenimiento aquellos comportamientos que pueden afectar el funcionamiento de los y las menores y que pueden diluirse en las puntuaciones totales y pasar desapercibidos. El análisis de estas sub-escalas ofrece datos interesantes, como se presenta a continuación.

### *Sub-escala de problemas de atención*

En la **sub-escala dirigida a medir problemas de atención** se obtuvieron puntuaciones de 7 puntos o más en un **21.0%** de los menores, lo que apunta a limitaciones significativas en la atención. Estas limitaciones se relacionan con indicadores como: problemas para sentarse tranquilo/a, se distrae fácilmente, problemas de concentración, entre otros (Véase Figura 13).

**Figura 13: Sub-Escala de Indicadores de Presencia de Problemas de Atención**



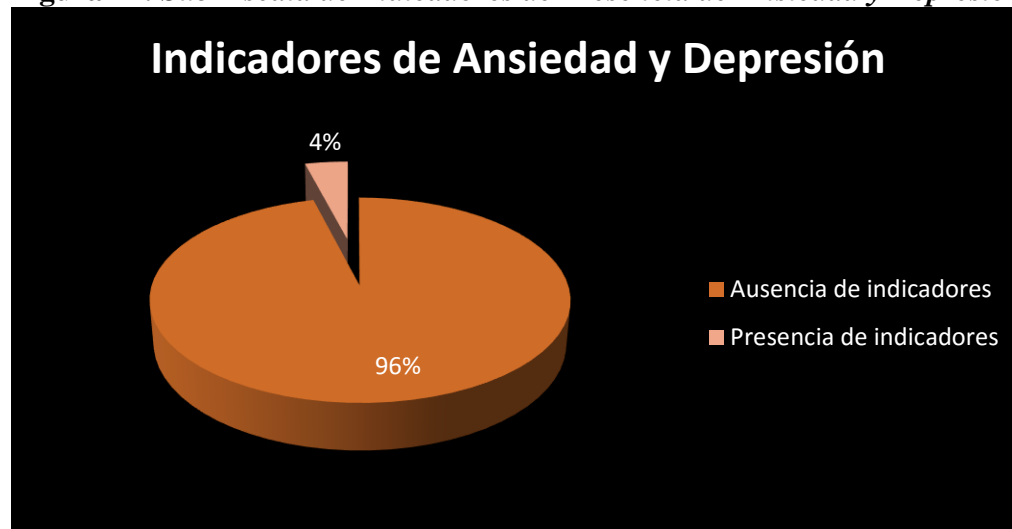
Se condujeron varios análisis inferenciales para determinar si había alguna relación significativa entre los problemas relacionados con la atención y otras variables como sexo, edad y tipo de familia. Los resultados proveyeron evidencia de que el sexo del menor está relacionado significativamente con los problemas de atención (*Pearson  $X^2=5.749$   $p<.016$* ). Se observa que los varones presentan más indicadores de problemas de atención que las féminas, mientras éstas presentan menos indicadores que los varones. No se encontró una diferencia significativa entre la edad del menor y los indicadores de atención, ni entre la composición familiar y estos indicadores.

### *Sub-escala de ansiedad/depresión*

En la **sub-escala de problemas internalizados** se miden indicadores relacionados con limitaciones en el funcionamiento psico-social asociados a la ansiedad y la depresión. Estas limitaciones se miden con indicadores como: sentirse triste, infeliz; criticarse a sí mismo y preocuparse mucho, entre otros. Se observa que un **4.0%** de las y los menores presentaron puntuaciones que apuntan a limitaciones en esta área (Véase Figura 14). No se encontraron diferencias significativas entre los menores en relación al sexo ni la edad; sin embargo, se observó

una tendencia a que los y las menores entre 6 a 18 años presentaran mayores indicadores de ansiedad y depresión en comparación con los y las menores de 5 años o menos.

**Figura 14: Sub-Escala de Indicadores de Presencia de Ansiedad y Depresión**



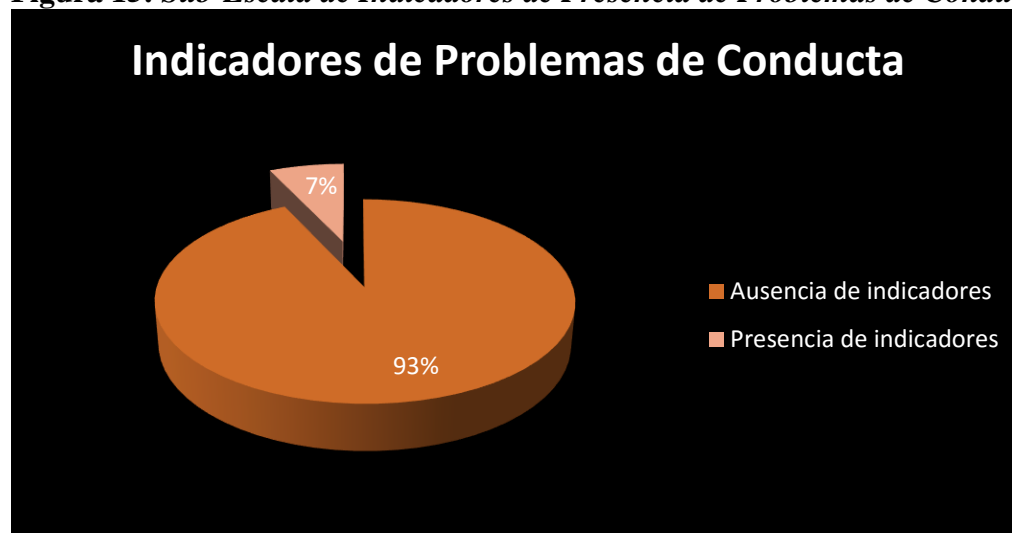
#### *Sub-escala de conducta*

La tercera **sub-escala** está **dirigida a medir la presencia de indicadores de problemas de conducta** en las y los menores que pueden afectar el funcionamiento psico-social. Estos problemas se miden con indicadores tales como: pelear con otros, no obedecer reglas, culpar a otros por sus problemas y no compartir, entre otros. Se observa que un **7.0%** de los menores presentó puntuaciones que apuntan a limitaciones en esta área (Véase Figura 15). Un análisis inferencial entre la edad y la puntuación en la sub-escala de problemas de conducta reveló una relación significativa entre ambas variables (*Pearson*  $X^2=7.637$   $p<.006$ ); lo que implica que los mayores de 6 a 18 años presentan más indicadores de problemas de conducta que los menores de 5 años de edad.

No se encontraron diferencias significativas entre presentar indicadores de problemas de conducta y el sexo del menor, ni el tipo de composición familiar. Esto apunta a que los problemas de conducta se manifiestan tanto en féminas como varones y que la composición familiar no está relacionada con presentar problemas de conducta. Un análisis por el área de residencia mostró una tendencia a que menores que viven en residenciales públicos presenten indicadores de problemas de conducta, aunque la relación no fue lo suficientemente robusta para indicar una relación directa entre estas dos variables.

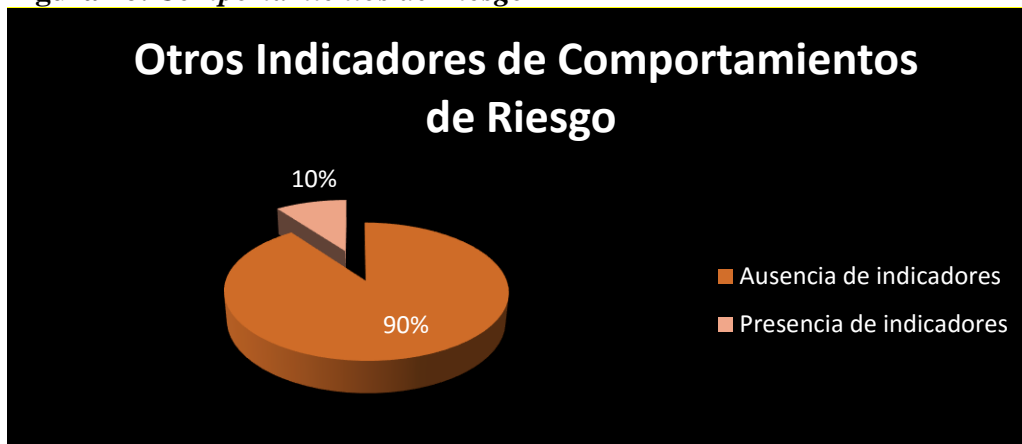
Por otro lado, un análisis de significancia entre las sub-escalas de atención y conducta mostró una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables al  $p < .001$  con un coeficiente de correlación *Pearson* al  $p < .05$ . Datos similares se encontraron entre las sub-escalas de ansiedad/depresión y de conducta. Se evidenció que existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables al  $p < .001$ . Esto apunta a que menores con indicadores de problemas de atención también tienden a presentar indicadores de problemas de conducta y ansiedad.

**Figura 15: Sub-Escala de Indicadores de Presencia de Problemas de Conducta**



#### **4. Otros Indicadores de Comportamientos que Pueden Afectar el Funcionamiento Psico-Social de los y las Menores**

Se incluyeron otros indicadores que pudieran apuntar a la presencia de comportamientos que pueden afectar el funcionamiento psico-social de las y los menores, pero que no forman parte de la Escala de Jellinek & Murphy (1988). La mayoría de las entrevistadas no identificó la presencia de los mismos en el o la mayor de los menores. El análisis del puntaje obtenido en el índice evidencia que un **90.0%** no informó ningún indicador de conducta que represente un riesgo para el funcionamiento psico-social de la o el menor, mientras el restante **10.0%** indicó al menos un indicador de conducta de riesgo (Véase Figura 16).

**Figura 16: Comportamientos de Riesgo**

Un 11.0% identificó como problemas el tomar cosas que no le pertenecen y un 10.0% la conducta agresiva. Por otro lado, una minoría informó sobre la presencia de conducta sexual precoz o promiscua (3.0%) y de ideas (1.0%) e intentos (1.0%) suicidas. Llama la atención que estos menores con conducta sexual precoz e ideas e intentos suicidas no han recibido tratamiento de salud mental, ya que estos comportamientos son indicadores de alto riesgo.

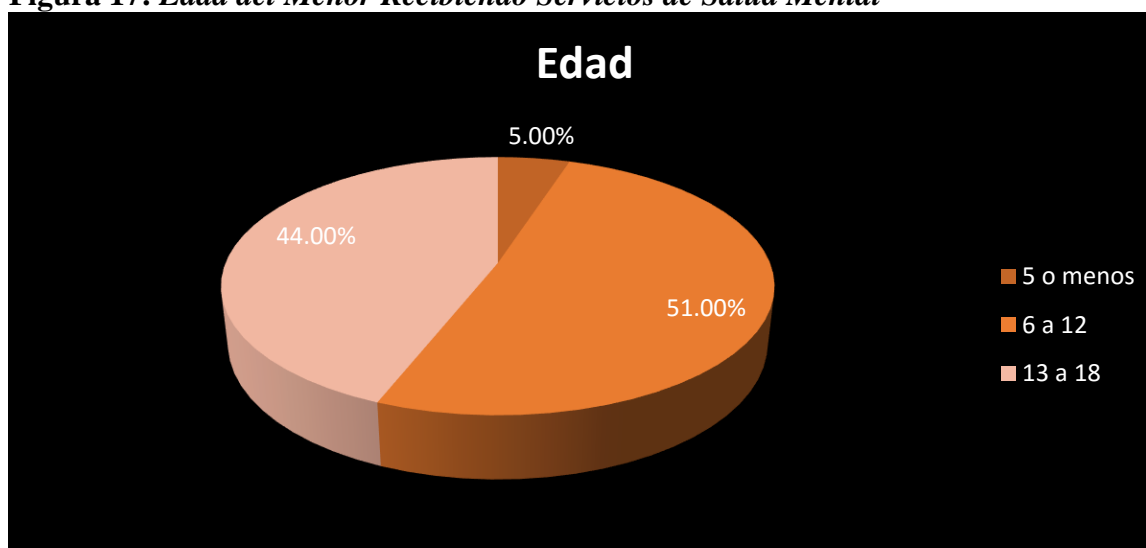
## E. Menores Recibiendo Servicios de Salud Mental

Se encontró que en un 13.0% de los hogares encuestados (129 hogares), el hijo mayor se encontraba recibiendo servicios de salud mental en la primavera de 2016. Se procedió a recopilar datos sobre las características del menor, del tratamiento que recibía y del impacto del tratamiento en la conducta del menor. Además, se exploró la participación de la familia en el tratamiento y su opinión sobre el mismo.

### 1. Características Socio-Demográficas

Los resultados reflejan que la mayoría (70.0%) de los niños y jóvenes que reciben actualmente servicios de salud mental es del sexo masculino, mientras que el restante 30.0% está constituido por féminas. En relación a la edad, encontramos que una leve mayoría (51.0%) de los menores fluctuaba entre las edades de 6 a 12 años. El promedio de edad fue de 12 años.

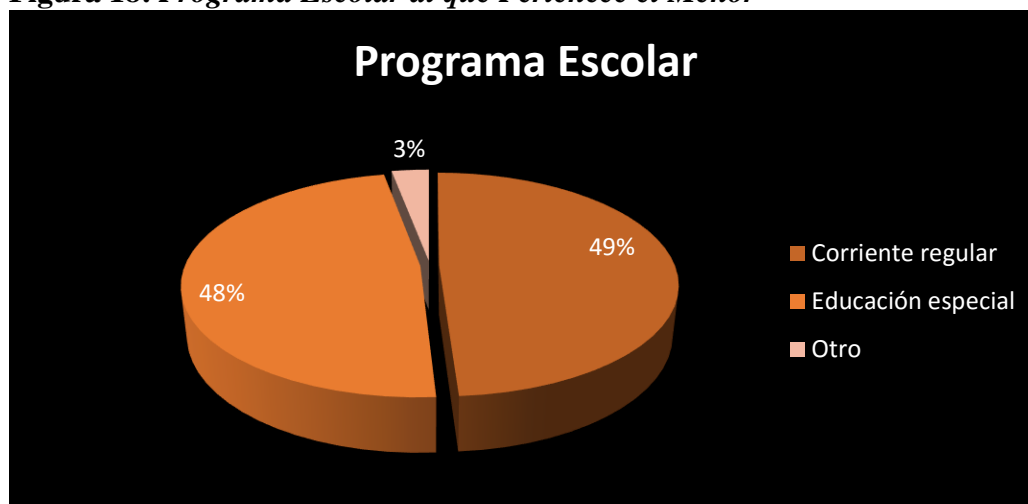
**Figura 17: Edad del Menor Recibiendo Servicios de Salud Mental**



### *Escolaridad de menores*

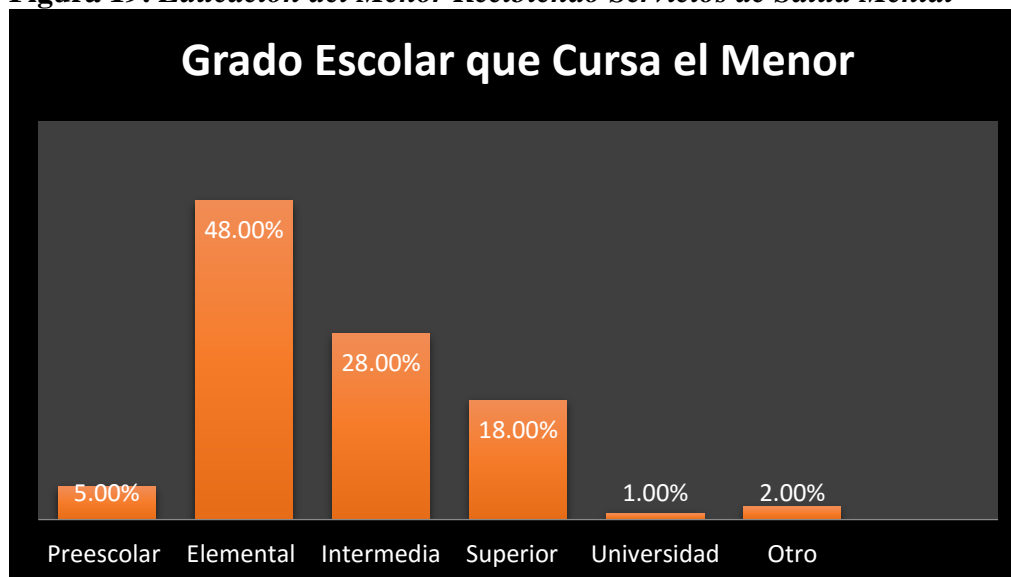
Los datos sobre la escolaridad del menor revelaron que un 49.0% de los menores pertenecía a la corriente regular de una escuela pública o privada, mientras que un 48.0% estaba inscrito en un programa de educación especial, ya fuera en la escuela pública o privada. El restante 3.0% estaba en “home schooling” o fuera de la escuela (Véase Figura 18).

**Figura 18: Programa Escolar al que Pertenece el Menor**



De los datos recopilados se desprende que la mayoría de las y los menores (53.0%) cursaba la Escuela Elemental o estaba en kínder o pre-kínder. Por otro lado, un 28.0% estudiaba en una Escuela Intermedia. Sólo uno de los participantes estaba en la Universidad (Véase Figura 19).

**Figura 19: Educación del Menor Recibiendo Servicios de Salud Mental**



## 2. Tratamiento que Recibe el Menor

La razón principal por la que las y los menores estaban recibiendo servicios de salud mental responde a la solicitud de la escuela de una evaluación (50.0%), seguida de los problemas de aprendizaje y la recomendación de un profesional. Se observa que un 40.0% de las razones se relacionan con la escuela y un 50.0% con la conducta del menor. Entre los profesionales que



refirieron el menor a servicios de salud mental se destaca la trabajadora social escolar (69.0%), seguida de los psicólogos (11.0%) y pediatras (7.0%).

**Tabla 7: Razón para Recibir Servicios**

<i>Razón<sup>1</sup> (N=129)</i>	<i>Por Ciento</i>
La escuela solicitó evaluación	50.0
Problemas de aprendizaje	47.0
Recomendación o referido de un profesional	46.0
Problemas de conducta en la escuela	41.0
Problemas de conducta en el hogar	40.0
Problemas con las figuras de autoridad	19.0
Estaba muy aislado/a en la escuela	12.0
El tribunal solicitó evaluación	5.0
Uso de alcohol/sustancias controladas	1.0
Otro <sup>2</sup>	22.4

<sup>1</sup>La persona podía mencionar más de una razón.

<sup>2</sup>Incluye: muy distraído, pérdida de figuras significativas, apegado a los juegos electrónicos, no habla bien, desarrollo lento.

En cuanto a la opinión de los padres o encargados sobre la recomendación de solicitar servicios de salud mental para el o la menor, la gran mayoría de las encargadas, padres y madres pensaron que los menores necesitaban los servicios de salud mental y por esta razón decidieron llevarlos a recibir servicios (Véase Tabla 8). Se observa que la mitad lo hizo respondiendo a la solicitud de la escuela y a la recomendación de un profesional, mayoritariamente la trabajadora social escolar. Esto apunta a que aceptaron las recomendaciones de la escuela y los profesionales y concurrieron con ellos en que el o la menor los necesitaba.

**Tabla 8: Razón para Decidir Solicitar Servicios de Salud Mental para el Menor**

<i>Razón<sup>1</sup> (N=129)</i>	<i>Por Ciento</i>
Pensé que el menor necesitaba los servicios	73.0
La escuela solicitó evaluación	54.0
Referido de un profesional	50.0
Historial de salud mental en la familia	16.0
El tribunal solicitó evaluación	6.0
Para que lo aceptaran nuevamente en la escuela	5.0
Otros <sup>2</sup>	8.0

<sup>1</sup>Podía ofrecer más de una razón.

<sup>2</sup>Incluye: por muerte de padre, intento suicida, menor quería servicios, trauma, problemas familiares, no informó.

### *Diagnóstico del menor*

En relación al diagnóstico que habían recibido las y los menores sobre su condición, un 17.0% de las personas entrevistadas no recordaba o no pudo precisar el diagnóstico, mientras un 83.0% lo recordaba. Los diagnósticos se presentan tal y como lo informaron las madres, padres o personas encargadas de las menores, sin intención de expresarlos en la nomenclatura del DSM V. Estamos conscientes de que no necesariamente lo que los informantes identifican como diagnóstico corresponde a la clasificación aceptada en el escenario profesional de salud mental, pero no nos corresponde interpretar lo que las madres, padres y encargadas entienden que es el diagnóstico del menor.

En la **Tabla 9** se destaca que un **41.0%** tenía un “diagnóstico” de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, acompañado de otros “diagnósticos”, tales como: conducta oposicional desafiante; psicosis infantil, autismo; compulsividad; agresividad; y problemas del desarrollo, entre otros. En segundo lugar, se encuentra el Déficit de Atención junto a otros diagnósticos (**26.0%**) como: asperger; trastorno oposicional desafiante y problemas de aprendizaje. Quiere decir que un **67.0%** tiene un “diagnóstico” correspondiente al trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad.

Datos similares se encontraron en los diagnosticados con problemas de aprendizaje, tales como la dislexia (7.0%). Esta categoría incluye problemas de aprendizaje acompañado de otros “diagnósticos” como conducta desafiante, agresividad, hiperactividad y depresión. Llama la atención que un 6.0% mencionó la agresividad como un “diagnóstico”, aunque una persona pudo nombrarlo correctamente como conducta oposicional desafiante. Se destaca que un 25.0% de las y los menores han recibido un diagnóstico múltiple. Es decir, tienen un diagnóstico principal acompañado de otros diagnóstico; en ocasiones hay menores con hasta tres diagnósticos.

**Tabla 9: Diagnóstico de Menores Recibiendo Tratamiento**

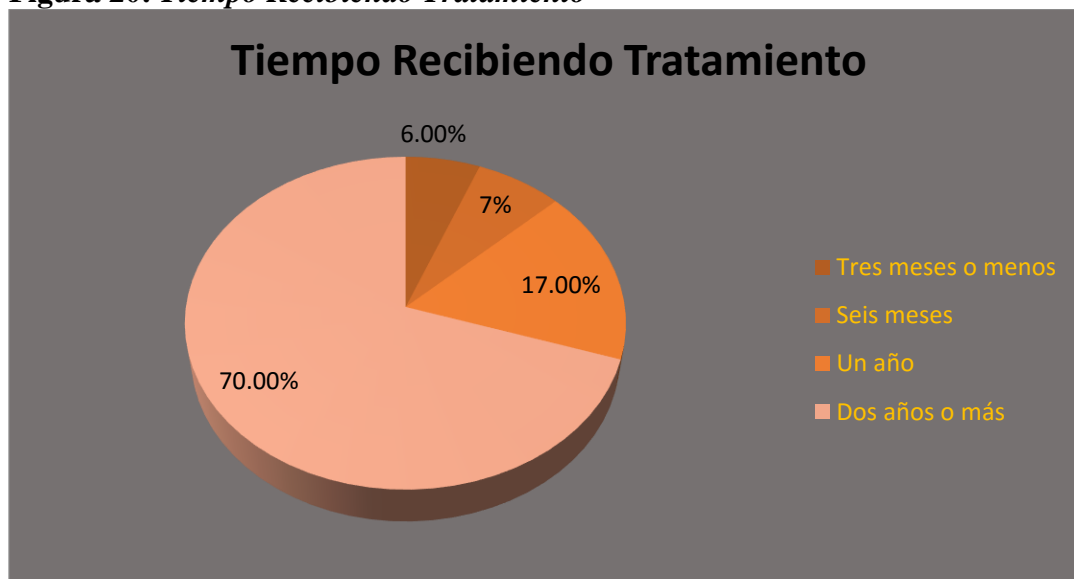
<i>Diagnóstico</i>	<i>Por Ciento</i>
Déficit de Atención con Hiperactividad junto a otros diagnósticos	41.0
Déficit de Atención junto a otros diagnósticos	26.0
Problemas de aprendizaje junto a otros diagnósticos	7.0
Depresión	6.0
Agresividad junto a otros diagnósticos	6.0
Autismo y Asperger	5.0
Retardo mental junto a otros diagnósticos	3.0
Bipolar junto a otros diagnósticos	3.0
Otro <sup>1</sup>	3.0

<sup>1</sup>Incluye: disturbios emocionales; psicosis, ansiedad, impulsividad y depresión; epilepsia.

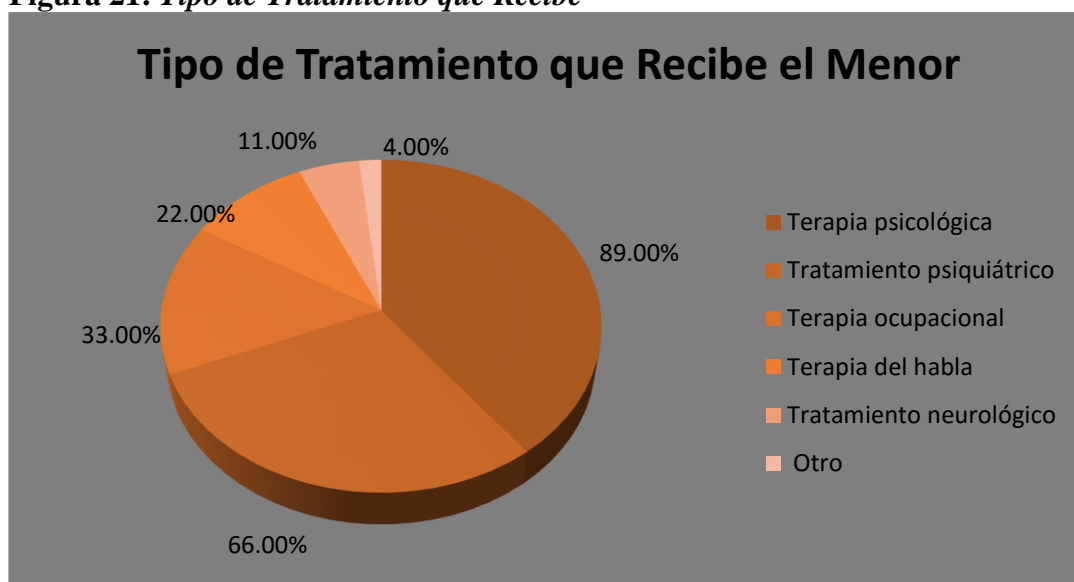
### *Características del tratamiento*

Un análisis de los datos relacionados con el tratamiento que el menor estaba recibiendo evidenciaron que la inmensa mayoría (70.0%) llevaba dos años o más recibiendo tratamiento (Véase Figura 20) y que la mayoría recibía terapia psicológica (89.0%) y tratamiento psiquiátrico (66.0%) (Véase Figura 21).

**Figura 20: Tiempo Recibiendo Tratamiento**



**Figura 21: Tipo de Tratamiento que Recibe**



Resulta interesante que aunque la inmensa mayoría de los menores recibe tratamiento de salud mental a través del psicólogo (89.0%), y del psiquiatra (66.0%), un 11.0% informó que

recibía servicios neurológicos y 4.0% recibía servicios de salud mental por parte de otros profesionales como su pediatra y de su médico generalista o de familia. Estos últimos dos son profesionales que no están cualificados para ofrecer los servicios de salud mental (Véase Figura 21).

En la **Tabla 10**, los resultados muestran que la modalidad de tratamiento que mayormente reciben los menores es la terapia individual con un 81.0%, mientras que un 60.0% utiliza medicamentos como parte de su tratamiento. Se encontró que de los menores recibiendo farmacoterapia, un 4.0% tenía 5 años o menos, un 47.0% tenía 6 a 12 años y un 49.0% estaba entre los 13 a 18 años.

**Tabla 10: Modalidad de Tratamiento que Utiliza el Profesional**

<i>Modalidad (N=129)</i>	<i>Por Ciento</i>
Terapia individual	81.0
Medicamentos	60.0
Terapia de grupo	30.0
Terapia de familia	20.0
Terapia de juego individual	19.0
No sabe	2.0

En la **Figura 22** se presenta la frecuencia con la que asistían a recibir el tratamiento, la cual varía desde semanalmente (27.0%) hasta cada tres meses (9.0%). Se encontró que más de una tercera parte (35.0%) recibía los servicios una vez al mes y un 9.0% cada tres meses. Por otro lado, los servicios de psicología eran ofrecidos entre una vez a la semana y cada dos o tres semanas (55.0%), así como los ofrecidos por psiquiatría (53.0%). Las encargadas de los menores informaron que generalmente estos profesionales les atendían, todos, el mismo día de la cita.

**Figura 22: Frecuencia de Asistencia a Tratamiento*****Participación en plan de tratamiento***

La participación de la madre, padre o encargada en el plan de tratamiento se considera de vital importancia para el logro de los objetivos del plan. Un 76.0% de los entrevistados conocía el plan de tratamiento que se preparó para el manejo de la condición del/la menor, mientras que el 24.0% indicó que no lo conocía. De las personas que conocían el plan de tratamiento, un 72.0% estuvo presente y se tomó en cuenta su opinión; un 13.0% estuvo presente pero no se tomó en cuenta su opinión; y un 15.0% no estuvo presente ni se tomó en cuenta su opinión. Quiere decir que cerca de una cuarta parte de los padres o encargadas no conocía ni participó en el diseño del plan de tratamiento del menor.

La mayoría (84.0%) había sido orientada sobre la condición del menor, mientras un 16.0% no había recibido orientación. La mayoría (65.0%) era orientada cada vez que llevaba a la o el menor a cita; un 16.0% alega que sólo recibió orientación en la primera cita; mientras el restante 19.0% la recibía entre una vez al mes o cada tres meses. Entre los profesionales que ofrecían esta orientación se destaca la o el psicólogo (77.0%) y el psiquiatra (53.0%). Otros profesionales mencionados por menos de una cuarta parte fueron: trabajadora social, terapeuta ocupacional y patóloga del habla. Llama la atención que entre un 1.0% y un 10.0% mencionaron al pediatra, neurólogo y médico de familia.

**Tabla 11: Temas sobre los que Recibieron Orientación**

<i>Orientación sobre</i> <sup>1</sup> (N=108)	<i>Por Ciento</i>
Manejo de la condición	84.0
Comunicación efectiva con el/la menor	78.0
Características de la condición	75.0
La necesidad de mantenimiento del tratamiento	73.0
Qué es un trastorno o condición de salud mental	69.0
La importancia de la medicación	65.0
Manejo del coraje del/la menor	61.0
Los efectos secundarios de los medicamentos	57.0
Cómo identificar una crisis	56.0
Manejo del aislamiento del/la menor	36.0
Otro <sup>2</sup>	8.0

<sup>1</sup>Podían ofrecer más de una contestación.

<sup>2</sup>Incluye: orientación sobre cómo compartir tiempo con menor, manejo de emociones, cómo se sentía el menor, medicación natural, resultados evaluación neurológica, lo que se iba a trabajar con menor.

La **Tabla 11** presenta los temas alrededor de los cuales se ofreció orientación a la madre, padre o encargada que indicaron que habían recibido orientación. Más de un 70.0% recibió orientación sobre el manejo de la condición, la comunicación efectiva con el menor, las características de la condición y la necesidad de mantenimiento del tratamiento. La gran mayoría (94.0%) indicó que se sentía satisfecha con la orientación recibida y sólo un 6.0% expresó que estaba insatisfecha.

### ***Medicamentos***

Como parte del tratamiento, un 62.0% de los menores tomaba medicamentos mientras el restante 38.0% no los tomaba. La mayoría (57.0%) había tenido cambios de medicamentos en algún momento para evitar efectos secundarios (33.0%), por dosis inadecuada (27.0%) y porque no eran apropiados para su condición diagnóstica (8.0%). Sólo un 3.0% mencionó que los cambiaron porque la farmacia no tenía disponibles los medicamentos recetados.

En relación al efecto de los medicamentos, tres cuartas partes (76.0%) mencionó que éstos han ayudado a los menores; mientras que un 24.0% señaló que los medicamentos no han resuelto los problemas o los han empeorado. Por otra parte, al explorar si los encargados han tenido problemas para obtener los medicamentos que les fueron recetados a los menores, más de una cuarta parte (26.0%) los ha tenido y un 22.0% señaló que había tenido dificultades con las aseguradoras para obtener los medicamentos.

### ***Hospitalización***

Sólo el **7.0%** de los menores ha sido hospitalizado como parte de su tratamiento, debido a principalmente, situaciones de agresión física o autoagresión (56.0%), depresión (44.0%), ideas suicidas (33.0%) y destrucción de propiedad (22.0%). Un 89.0% ha sido hospitalizado entre una a dos veces y un 11.0% seis veces o más. La hospitalización varió entre un (1) día y más de 8 días; el promedio de hospitalización fue de 5 días (56.0%); y la mayoría fue hospitalizada en la Unidad Psiquiátrica de Adolescentes (UPA) en Bayamón.

La modalidad de tratamiento mientras la o el menor estuvo hospitalizado consistió en: medicamentos (100.0%), terapia individual (89.0%) y terapia de grupo (56.0%). En menor proporción también recibió terapia recreativa (44.0%), terapia de familia (22.0%) y terapia ocupacional (11.0%).

La mayoría (78.0%) opinó que la hospitalización había ayudado al menor, mientras un 22.0% no considera que la hospitalización ayudó a mejorar la condición. Al finalizar la hospitalización la mayoría (67.0%) recibió un referido para ver al psiquiatra (Véase Tabla 12). Se observa que un 11.0% fue referido a una sala de hospitalización y a un programa de hospitalización parcial, respectivamente.

**Tabla 12: Referido del Menor al Salir del Hospital**

<b><i>Referido a</i></b>	<b><i>Por Ciento</i></b>
Cita con psiquiatra	67.0
Cita con profesional que le ofrecía servicios	44.0
Otro centro de servicios de salud mental	22.0
Sala de hospitalización	11.0
Programa de hospitalización parcial	11.0
No recuerda	11.0

Al salir del hospital el 89.0% recibió una receta para adquirir medicamentos y un 75.0% la recibió para ocho (8) días o más. Al 88.0% no se le terminó los medicamentos antes de la próxima cita, mientras que un 12.0% se quedó sin medicamentos antes de que llegara la cita de seguimiento.

### **3. Impacto del Tratamiento en Condición del Menor**

De acuerdo a la gran mayoría (70.0%) de las encargadas, el o la menor ha mostrado mejoría en su condición como resultado del tratamiento de salud mental que ha recibido. Sin embargo, casi una tercera parte (30.0%) alegó que había empeorado, que seguía igual o que había mejorado en algunas áreas y empeorado en otras (Véase Figura 23).

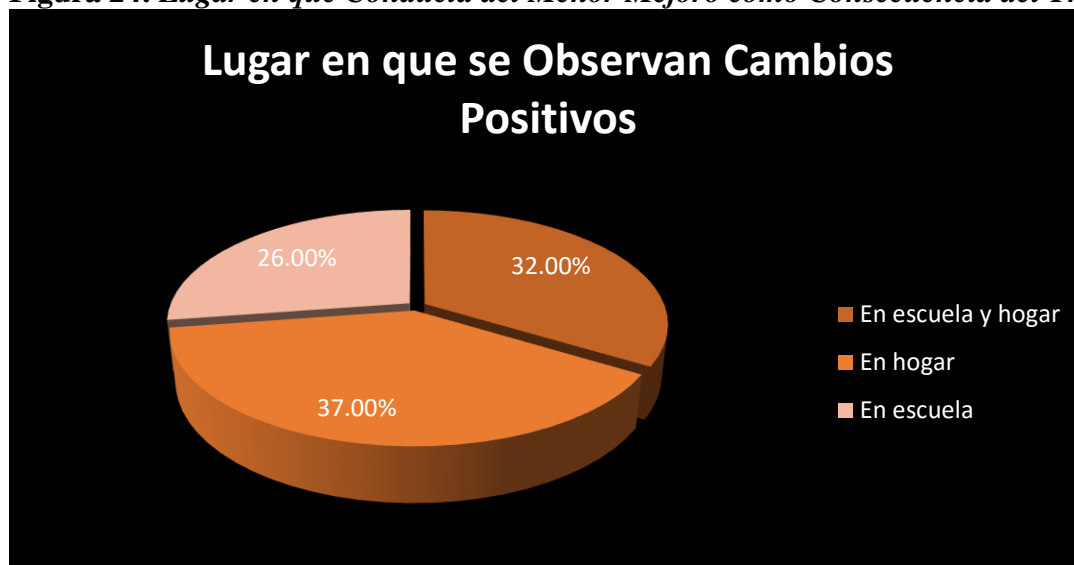
**Figura 23: Cambios que han Ocurrido como Consecuencia del Tratamiento**



### *Cambios positivos*

De acuerdo a las personas entrevistadas, la mayoría de los menores que mejoraron como consecuencia del tratamiento, tuvo cambios positivos principalmente en el hogar (37.0%) y en segundo lugar mencionaron cambios tanto en el hogar como en la escuela (32.0%) (Véase Figura 24).

**Figura 24: Lugar en que Conducta del Menor Mejoró como Consecuencia del Tratamiento**



Los cambios positivos observados en el hogar fueron que: el menor compartía más con su familia (56.0%); se irritaba menos (53.0%); discutía menos (46.0%); seguía instrucciones (46.0%)



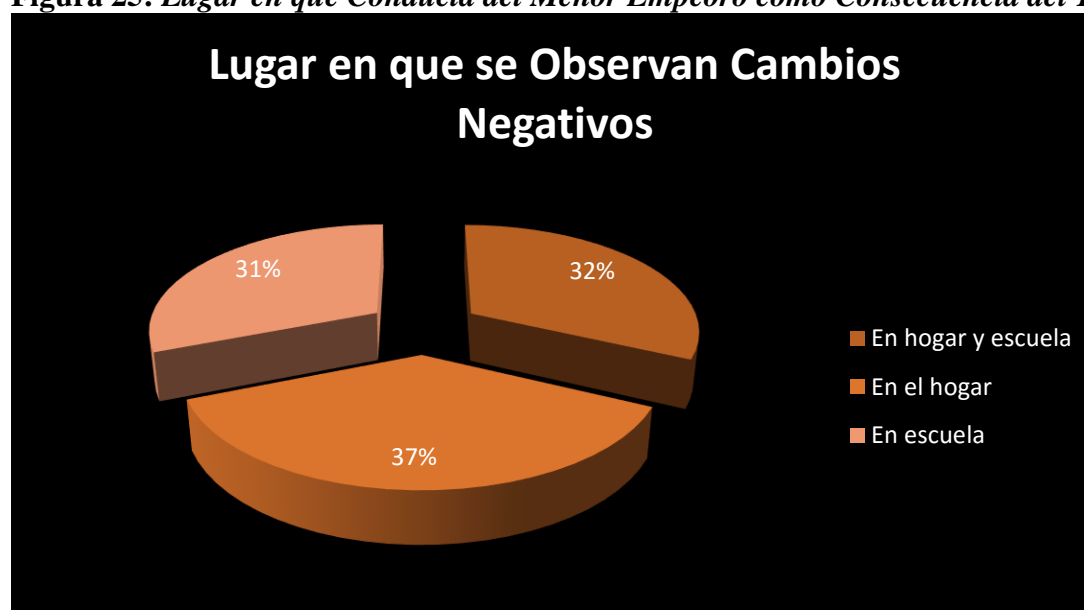
y expresaba sus emociones adecuadamente (46.0%). Un 40.0% indicó que el resultado era irregular, es decir, variaba de día en día, a veces mejoraba y a veces empeoraba.

Los resultados positivos observados en la escuela fueron que: seguía las instrucciones del maestro (57.0%); subió las notas (57.0%); obedecía las normas de la escuela (56.0%); atendía al maestro durante la clase (55.0%); y respetaba a los maestros (54.0%).

### *Cambios negativos*

En relación a los menores que habían **empeorado** al recibir el tratamiento, más de una tercera parte (37.0%) mencionó que los cambios negativos se observan principalmente en el hogar; seguidos del hogar y la escuela (32.0%). Es decir, que la mayoría (69.0%) de las o los menores empeoró su conducta en el hogar (Véase Figura 25).

**Figura 25: Lugar en que Conducta del Menor Empeoró como Consecuencia del Tratamiento**



Entre los cambios negativos observados en el hogar se destacan que: se irrita frecuentemente (92.0%); no respeta a los adultos/ reta las figuras de autoridad (76.0%); no sigue instrucciones (76.0%); no obedece las reglas del hogar (62.0%); se pone violento (62.0%) y se observa ansioso/nervioso (62.0%). Los cambios negativos observados en la escuela corresponden a que: no termina sus trabajos en el salón de clases (91.0%); no atiende al maestro/a durante la clase (82.0%); no respeta a los maestros/ reta a las figuras de autoridad (73.0%); ha bajado las notas (73.0%); y que se observa intranquilo/hiperactivo (64.0%).

### *No hubo cambios o empeoró*

Resulta interesante que el **30.0%** de los entrevistados opina que no hubo cambios en el comportamiento del menor, que mejoró en algunas áreas y empeoró en otras, o que empeoró, como consecuencia del tratamiento. Entre las razones ofrecidas por las personas entrevistadas para que no hubiese cambios en el menor o empeorara, la mayoría alegó que se debió a que los medicamentos no le ayudaron (64.0%) y a que el tratamiento no funcionó (55.0%). Llama la atención que tres (3) de las razones le son adjudicadas al menor y tres (3) a la negativa de madre/padre al tratamiento (Véase Tabla 13). Se destaca que menos de un 10.0% indicó que “sólo Dios puede curar” y un 9.0% lo atribuyó a que el profesional había interrumpido el tratamiento.

**Tabla 13: Razón para que Menor Permaneciera Igual o Empeorara**

<i>Razón</i>	<i>Por Ciento</i>
Los medicamentos no le ayudaron	64.0
El tratamiento no funcionó	55.0
El padre/madre no quería que el/la menor tomara medicamentos	46.0
Los medicamentos le hicieron daño	37.0
El menor no cooperó con el tratamiento	27.0
El/la menor no quería cambiar	27.0
El/la menor no quería tomarse los medicamentos	18.0
El padre/madre no quería que el/la menor estuviera en tratamiento	18.0
No estaba enferma/o como decían	18.0
Falta de apoyo familiar al tratamiento	9.0
Sólo Dios puede curar	9.0
Tratamiento fue interrumpido por el profesional	9.0

### *Opinión sobre el servicio recibido*

En la **Tabla 14** se observa que más del 90.0% estuvo de acuerdo en que: el profesional les trató con respeto; les habló claro de manera que entendían lo que les decía; respetó las creencias religiosas de la familia; y en que fue una buena decisión buscar los servicios de salud mental. Sin embargo, cerca de un 20.0% estaba en desacuerdo con que: los servicios estaban localizados convenientemente; el horario de servicios era conveniente para ellos; el profesional estaba disponible cuando se necesitaba; su hijo o hija tenía con quien hablar cuando lo necesitaba; y en que recibieron los servicios que eran necesarios para el menor y la familia.

Igualmente, se observa que más de un 29.0% estuvo en desacuerdo con que: tuvieron la ayuda que querían para su hijo o hija; su hijo recibió tanta ayuda como necesitó; y en que ayudaron

a seleccionar las metas del tratamiento del menor. Llama la atención esta última, ya que apunta a que cerca de dos terceras partes no tuvieron una participación activa en el diseño del plan de tratamiento. Se destaca que aunque más de un 75.0% estuvo de acuerdo con todas las premisas, evidenciando una opinión favorable del servicio, hay una minoría de más de un 20.0% que está en desacuerdo con el servicio recibido (Véase Tabla 14).

**Tabla 14: Opinión sobre los Servicios Recibidos**

<i>Premisa</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>
	%	%
El profesional me trató con respeto	99.0	1.0
El profesional habla claro de manera que yo lo entendía	99.0	1.0
El profesional respetó las creencias religiosas de mi familia	96.0	4.0
Fue una buena decisión buscar servicios de salud mental para mi hijo/a	96.0	4.0
El profesional que nos atendió estaba disponible cuando se necesitaba	81.0	19.0
La localización de los servicios era conveniente	81.0	19.0
Los servicios estaban disponibles a horas convenientes para nosotros	81.0	19.0
Sentí que mi hijo/a tenía con quien hablar cuando lo necesitaba	81.0	19.0
Recibimos los servicios que eran necesarios para mi hijo/a y mi familia	81.0	19.0
Tuvimos la ayuda que queríamos para mi hijo/a	71.0	29.0
Tuvimos tanta ayuda como mi hijo/a necesitó	67.0	33.0
Ayudé a seleccionar las metas del tratamiento de mi hijo/a	36.0	64.0

Por último, un 81.0% de las personas entrevistadas expresó sentirse satisfecha con los servicios recibidos por el o la menor y un 19.0% indicó no estar satisfecha. Además, en la **Tabla 15** se observa que un 70.0% o más alegó estar de acuerdo con que recomendaría los servicios a otras personas que necesitaran servicios de salud mental para su hijo o hija; estar de acuerdo con los servicios que recibió su hijo o hija; volver al mismo profesional si el menor necesitara nuevamente servicios después de terminar el tratamiento; y con que los servicios cumplieron con sus expectativas sobre el tratamiento.

Se destaca que, aunque más del 70.0% estuvo de acuerdo con las premisas relacionadas con los servicios recibidos, hay entre un 14.0% a un 30.0% que expresó estar en desacuerdo con los mismos, por lo que no los recomendaría a otras personas, ni volvería al mismo profesional. Finalmente, un 30.0% expresó que los servicios no cumplieron con las expectativas sobre el tratamiento.

**Tabla 15: De Acuerdo/En Desacuerdo con los Servicios Recibidos**

<i>Premisa</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>
Recomendaría los servicios a otras personas	86.0	14.0
Está de acuerdo con los servicios de salud mental recibidos	77.0	23.0
Volvería al mismo profesional si menor necesitara servicios nuevamente	74.0	26.0
Servicios cumplieron con las expectativas sobre el tratamiento	70.0	30.0

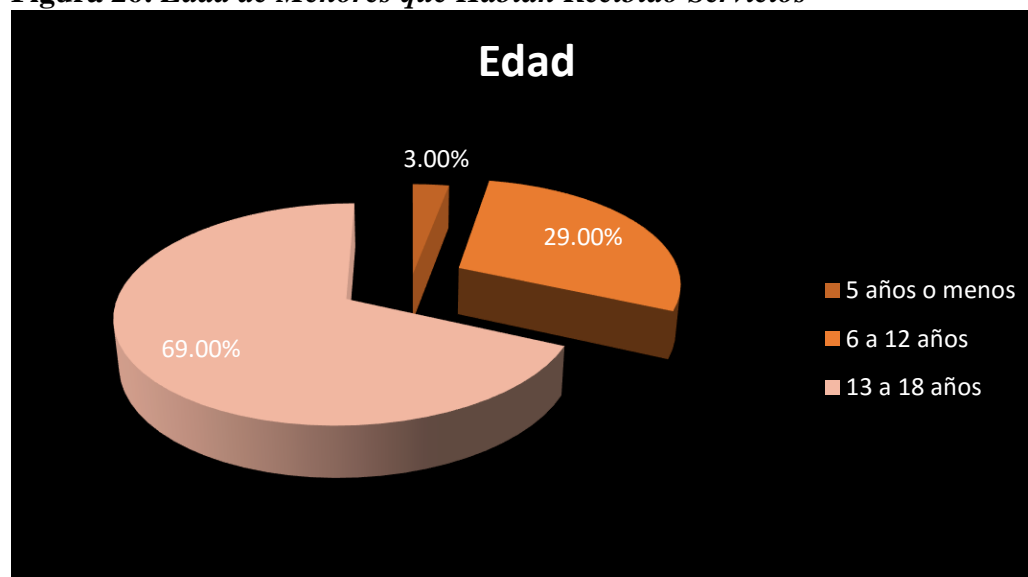
## F. Menores que Recibieron Servicios de Salud Mental y al Momento del Estudio No los Recibía

Datos similares a los anteriores se encontraron para los menores que habían recibido servicios de salud mental y al momento del estudio ya no los recibían. En un 7.0% de los hogares, el hijo o hija mayor había recibido servicios de salud mental, pero ya no los recibía. Se procedió a recopilar datos sobre las características del menor, del tratamiento que recibía y del impacto del tratamiento en la conducta del menor. Además, se exploró la participación de la familia en el tratamiento y su opinión sobre el mismo.

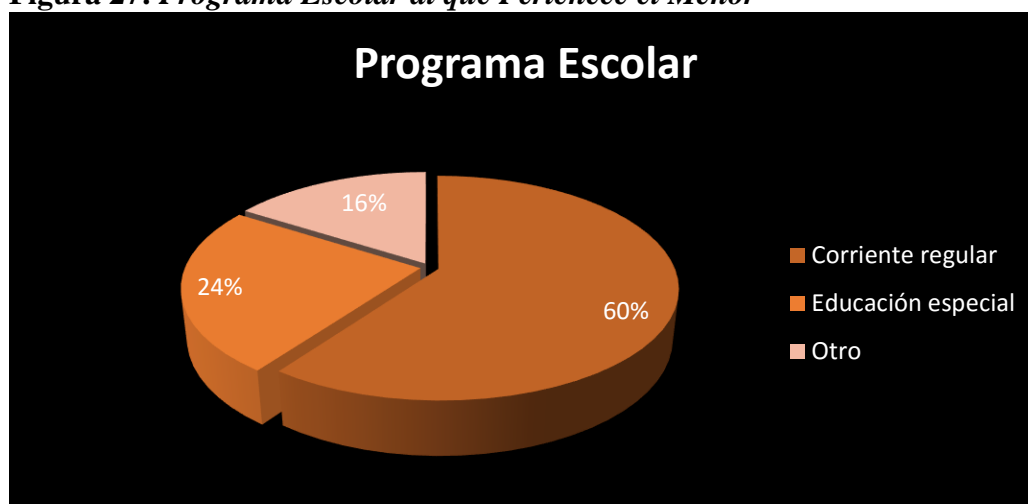
### 1. Características Socio-Demográficas

Los resultados reflejan que la mayoría (64.0%) de los niños y jóvenes que recibió servicios de salud mental son del sexo masculino y un 36.0% del sexo femenino. La mayoría (69.0%) tiene una edad entre 13 a 18 años (Véase Figura 26). La edad promedio es de 14 años. El por ciento mayor (33.0%) cursa la escuela elemental (Véase Figura 28). La mayoría (60.0%) pertenece a la corriente regular de una escuela pública o privada, un 26.0% estudia en un programa o escuela de educación especial, un 3.0% está en una escuela técnica, un 3.0% es desertor escolar, un 5.0% está en “home schooling” y un 4.0% no tiene edad para estar en la escuela (Véase Figura 27).

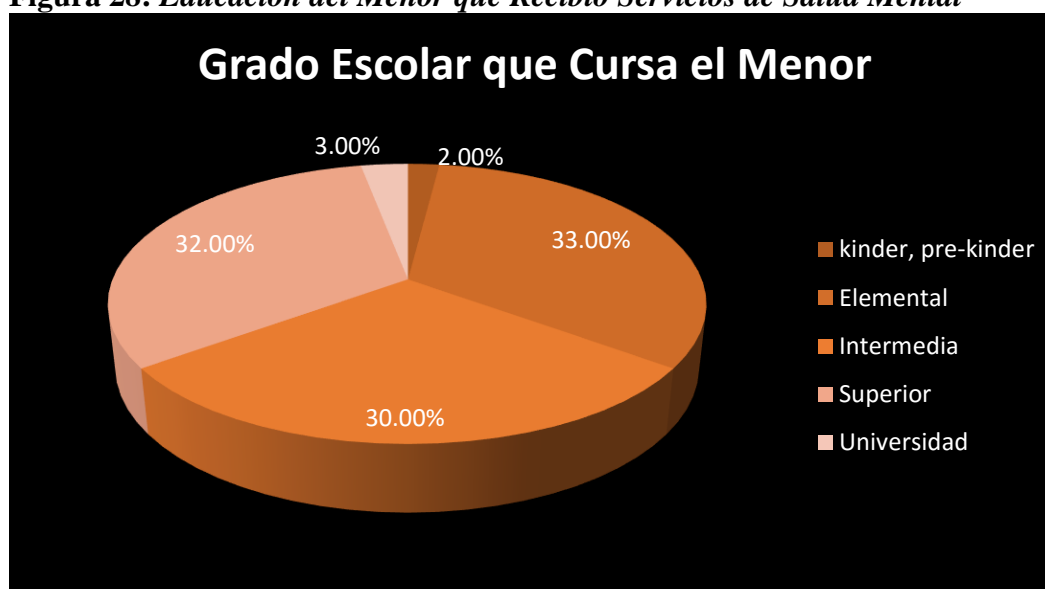
**Figura 26: Edad de Menores que Habían Recibido Servicios**



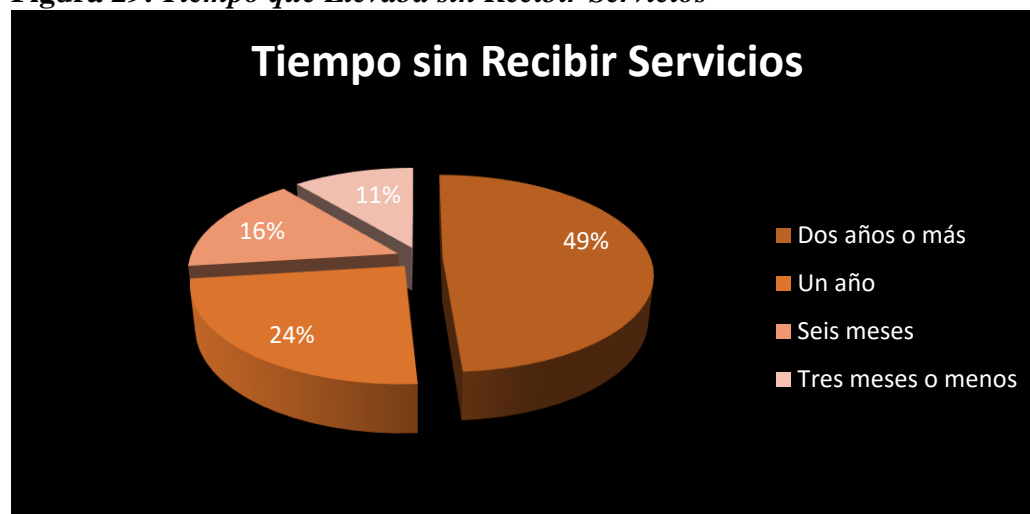
**Figura 27: Programa Escolar al que Pertenece el Menor**



**Figura 28: Educación del Menor que Recibió Servicios de Salud Mental**



Un análisis de los datos muestra que casi la mitad de los menores (49.0%) había dejado de recibir servicios hacía dos (2) años o más y casi una cuarta parte (24.0%) los había dejado de recibir hacía un año (Véase Figura 29). Quiere decir que casi tres cuartas partes de los menores llevaba más de un año que había dejado de recibir servicios.

**Figura 29: Tiempo que Llevaba sin Recibir Servicios****Tabla 16: Razón por la que el Menor ya No Recibía los Servicios**

Razón (N=70)	Por Ciento
El terapeuta le dio de alta	33.0
Se lograron cambios deseados	30.0
Menor no deseaba continuar tratamiento	13.0
Padre/madre no quería que menor recibiera tratamiento	13.0
Problemas de transportación para llegar a las citas	10.0
Lo único que hacían era medicarlo, efectos secundarios	10.0
No hubo cambios y decidí no llevarle más	9.0
Era una pérdida de tiempo	6.0
Problemas económicos (el costo de los servicios muy alto)	6.0
La escuela ofrece los servicios	4.0
Problemas con el plan médico	4.0
Había que esperar demasiado tiempo para que le atendieran	3.0
Clínica de servicios cerró	3.0
Nunca los necesitó	3.0
Cambio del psiquiatra a otro pueblo, cambio de horarios	3.0
Problemas de orientación sobre los servicios a ser recibidos	1.0
Cambio de psiquiatra constantemente	1.0
Otro <sup>2</sup>	8.0

<sup>1</sup>Podían dar más de una razón.

<sup>2</sup>Incluye: situación de salud física de la madre, falta de fondos del Gobierno, diagnóstico sólo requería evaluación, mudanza.

Se observa que la razón principal para discontinuar los servicios de tratamiento correspondió a que el terapeuta le dio de alta (33.0%) y a que se lograron los cambios deseados (30.0%). Sin embargo, encontramos que el resto dio por terminado el tratamiento por otras razones relacionadas principalmente con problemas con el plan de salud y los servicios ofrecidos.

Ocho (47.0%) de las 17 razones tienen que ver con dificultades con el plan como: problemas con la autorización para recibir servicios, cambio constante de psiquiatra, cierre de oficinas, cambio de proveedor y de horarios, costo de servicios, falta de orientación sobre los servicios y problemas con la localización de los servicios, entre otras.

En segundo lugar, cinco (29.0%) de las 17 razones responden a la insatisfacción con el tratamiento debido a que no observaban cambios en el o la menor, el tratamiento se limitaba a medicamentos, los medicamentos tenían efectos secundarios, había que esperar demasiado para que lo atendieran y pensaban que era una pérdida de tiempo.

En tercer lugar, tres (18.0%) de las 17 razones están relacionadas a la negativa del menor y los padres o encargados al tratamiento, ya que el menor se negaba a recibir los servicios o los progenitores o los encargados consideraban que el o la menor no los necesitaba.

## 2. Tratamiento que Recibió el Menor

La razón principal por la que las y los encargados de los menores fueron a buscar servicios de salud mental responde a la recomendación de un profesional (37.0%), seguido de la solicitud de la escuela de una evaluación (36.0%), y de los problemas de conducta y de aprendizaje en la escuela (Véase Tabla 17). Se observa que un 50.0% de las razones se relacionan con la escuela y un 50.0% con la conducta del menor.

**Tabla 17: Razón para Buscar Servicios**

<i>Razón<sup>1</sup> (N=70)</i>	<i>Por Ciento</i>
Recomendación de un profesional	37.0
La escuela solicitó evaluación	36.0
Problemas de conducta en la escuela	27.0
Problemas de aprendizaje	26.0
Problemas de conducta en el hogar	23.0
Recomendación de trabajadora social escolar	23.0
Problemas con las figuras de autoridad	16.0
Estaba muy aislado/a en la escuela	11.0
El tribunal solicitó evaluación	5.0
Otro <sup>2</sup>	12.0

<sup>1</sup> La persona podía mencionar más de una razón.

<sup>2</sup> Incluye: muy distraído, agresivo, no hablaba bien, desarrollo lento.

En cuanto a la opinión de los padres o encargados sobre la recomendación de solicitar servicios de salud mental para el o la menor, la gran mayoría (70.0%) de las encargadas, padres y



madres pensaron que los menores necesitaban los servicios de salud mental y por esta razón decidieron llevarlos a recibir servicios (Véase Tabla 18).

Se observa que un poco más de una tercera parte lo hizo respondiendo a la solicitud de la escuela y a la recomendación de un profesional. Entre los profesionales que hicieron la recomendación se destaca la trabajadora social escolar (69.0%), seguida de los psicólogos (11.0%) y pediatras (7.0%). Esto apunta a que aceptaron las recomendaciones de la escuela y los profesionales y concurrieron con ellos en que el o la menor necesitaba los servicios.

**Tabla 18: Razón para Decidir Solicitar Servicios de Salud Mental para el Menor**

<i>Razón<sup>1</sup> (N=129)</i>	<i>Por Ciento</i>
Pensé que el menor necesitaba los servicios	70.0
La escuela solicitó evaluación	39.0
Referido de un profesional	36.0
Historial de salud mental en la familia	3.0
El tribunal solicitó evaluación	1.0
Para que lo aceptaran nuevamente en la escuela	1.0
Otro <sup>2</sup>	8.0

<sup>1</sup> Podía ofrecer más de una razón.

<sup>2</sup> Incluye: por muerte de padre, intento suicida, tiroteo en que estuvo presente, problemas familiares.

### ***Diagnóstico del menor***

En relación al diagnóstico que habían recibido las y los menores sobre su condición, se destaca que un 66.0% de las personas entrevistadas recordaba el diagnóstico del menor, mientras un 34.0% no lo recordaba. En la **Tabla 19** se observa que el Déficit de Atención era el diagnóstico principal que tenía casi la mitad de los menores (**49.0%**) acompañado de otros diagnósticos. Un 33.0% tenía como diagnóstico principal el Déficit de Atención con Hiperactividad, acompañado de otros “diagnósticos” tales como agresividad, triple personalidad y problemas del desarrollo.

En segundo lugar, se identificó como diagnóstico principal la Depresión (24.0%), acompañado por otros diagnósticos como déficit de atención y baja auto-estima. En tercer lugar, se informó un diagnóstico de Déficit de Atención (15.0%) acompañado de dislexia, problemas motores y estímulos sensoriales lentos. Se destaca que un 79.0% de los y las menores tenía más de un diagnóstico.

**Tabla 19: Diagnóstico del Menor que ya No Recibe Servicios**

<i>Diagnóstico</i>	<i>Por Ciento</i>
Déficit de atención con hiperactividad junto a otros diagnósticos	34.0
Depresión junto a otros diagnósticos	24.0
Déficit de atención junto a otros diagnósticos	15.0
Conducta desafiante y agresividad	7.0
Ideación e intento suicida	5.0
Retardo mental junto a otros diagnósticos	5.0
Estrés	4.0
Trastorno bipolar	2.0
Otro <sup>1</sup>	4.0

<sup>1</sup>Incluye: ansiedad, trauma y estrés, problemas de aprendizaje junto a otros diagnósticos.

### ***Tipo de tratamiento recibido***

La inmensa mayoría de los menores recibió tratamiento de terapia psicológica (87.0%) y cerca de dos quintas partes (39.0%) recibió tratamiento psiquiátrico (Véase Tabla 20).

**Tabla 20: Tipo de Tratamiento que Recibió**

<i>Tratamiento<sup>1</sup></i>	<i>Por Ciento</i>
Terapia psicológica	87.0
Tratamiento psiquiátrico	39.0
Terapia ocupacional	10.0
Terapia del habla/auditiva	10.0
Tratamiento neurológico	9.0
Otro	6.0

<sup>1</sup>Podía recibir más de un tratamiento.

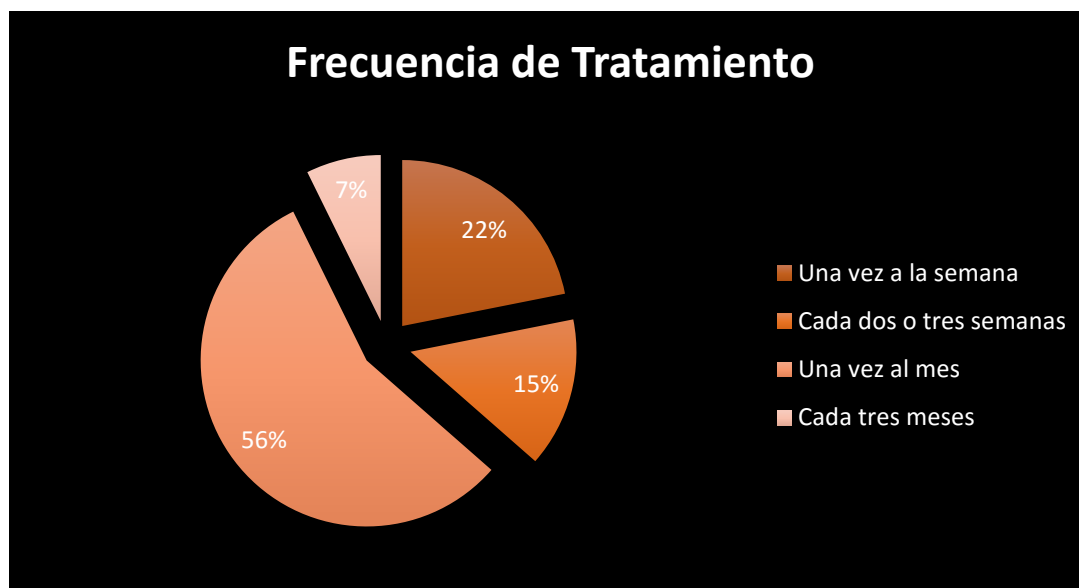
La inmensa mayoría (80.0%) recibió como modalidad de tratamiento la terapia individual, y un poco más del 50.0% recibió medicamentos como parte de su tratamiento (Véase Tabla 21). De los menores que tenían un diagnóstico de Déficit de atención con o sin hiperactividad y Trastorno bipolar, un **68.0%** tomaba medicamentos como parte de su tratamiento, mientras que el restante **32.0%** no los recibía. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables al  $p < .01$ . Quiere decir que aquellos menores con diagnósticos de déficit de atención y bipolaridad tienden a recibir medicamentos como parte de su tratamiento.

**Tabla 21: Modalidad de Tratamiento que Utilizaba el Profesional**

<i>Modalidad (N=129)</i>	<i>Por Ciento</i>
Terapia individual	80.0
Medicamentos	52.0
Terapia de juego individual	20.0
Terapia de familia	20.0
Terapia de grupo	11.0

En la **Figura 30** se presenta la frecuencia con la que asistían a recibir el tratamiento, la cual varía desde semanalmente (22.0%) hasta cada tres meses (7.0%). Se encontró que la mayoría (56.0%) recibía los servicios una vez al mes. Por otro lado, los servicios de psicología eran ofrecidos entre una vez a la semana y cada dos o tres semanas (55.0%), así como los ofrecidos por psiquiatría (53.0%). Las encargadas de los menores informaron que generalmente estas profesionales les atendían el mismo día de la cita.

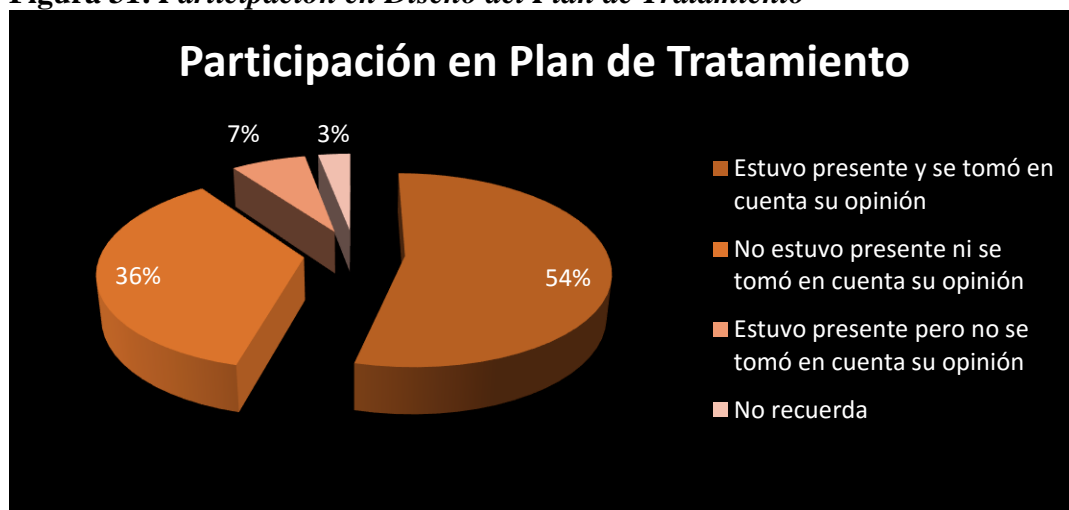
**Figura 30: Frecuencia con la que Asistía a Tratamiento**



#### *Participación en Plan de tratamiento*

La participación de la madre, padre o encargada en el plan de tratamiento se considera de vital importancia para el logro de los objetivos del plan. Un **66.0%** de los entrevistados conocía el plan de tratamiento que se preparó para el manejo de la condición del/la menor, mientras que el **34.0%** indicó que no lo conocía. De las personas que conocían el plan de tratamiento, la mayoría (54.0%) expresó que estuvo presente y se tomó en cuenta su opinión, mientras un 43.0% alega que no se tomó en cuenta su opinión aunque estuvo presente, o que no estuvo presente ni se tomó en cuenta su opinión. Quiere decir que más de una tercera parte de los padres o encargadas no conocían ni participaron en el diseño del plan de tratamiento del menor (Véase Figura 31).

**Figura 31: Participación en Diseño del Plan de Tratamiento**



### ***Orientación ofrecida a madre, padre o encargada del menor***

Un 81.0% de las encargadas informó que recibió orientación sobre la condición del menor, mientras un 19.0% alega que no fue orientada. De las personas que recibieron orientación, un **64.0%** indicó que recibía orientación cada vez que llevaba al menor a la cita; mientras un 23.0% alega que fue orientada solamente en la primera cita; y un 9.0% que recibía orientación una vez al mes. Un 4.0% no pudo precisar la frecuencia de orientación.

La inmensa mayoría (79.0%) identificó a las psicólogas como el profesional que le ofrecía esta orientación, seguida del psiquiatra (32.0%) y de la trabajadora social (14.0%). Otras profesionales mencionadas fueron la terapeuta ocupacional (9.0%) y la patóloga del habla (9.0%).

Los temas alrededor de los cuales se ofreció orientación a la madre, padre o encargada, que indicaron que habían recibido orientación, se presentan en la **Tabla 22**. Más de un 50.0% recibió orientación sobre las características de la condición, la comunicación efectiva con el menor, el manejo de la condición y el manejo del coraje del menor. Llama la atención que menos de un 40.0% recibió orientación sobre aspectos relacionados con la importancia de la medicación, la necesidad de mantenimiento del tratamiento y los efectos secundarios del medicamento, ya que un **68.0%** de las y los menores con diagnósticos de Déficit de atención con o sin hiperactividad y Bipolar, recibió medicamentos como parte de su tratamiento. La inmensa mayoría (96.0%) indicó que se sentía satisfecha con la orientación recibida y sólo un 4.0% expresó que estaba insatisfecha.

**Tabla 22: Temas sobre los que Recibieron Orientación**

<b><i>Orientación sobre <sup>1</sup> (N=108)</i></b>	<b><i>Por Ciento</i></b>
Características de la condición	64.0
Comunicación efectiva con el/la menor	64.0
Manejo de la condición	61.0
Manejo del coraje del/la menor	52.0
Qué es un trastorno o condición de salud mental	48.0
Cómo identificar una crisis	43.0
La importancia de la medicación	36.0
La necesidad del mantenimiento del tratamiento	36.0
Los efectos secundarios del medicamento	33.0
Manejo del aislamiento del/la menor	25.0
Otro <sup>2</sup>	7.0

<sup>1</sup>Podían ofrecer más de una contestación.

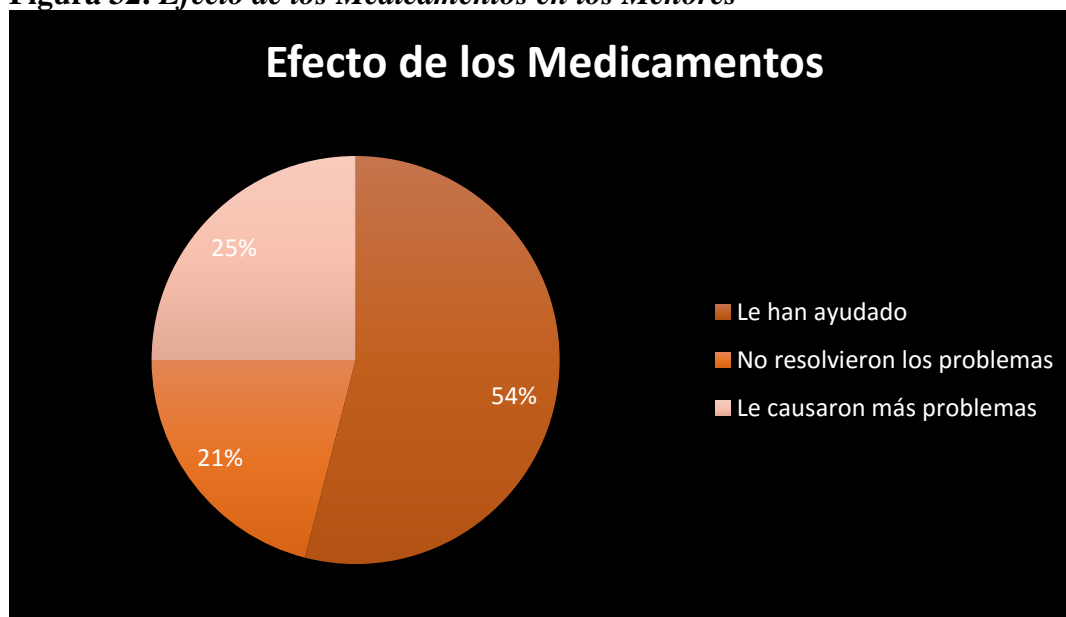
<sup>2</sup>Incluye: orientación sobre manejo de emociones, ejercicios, las metas del tratamiento.

### *Medicamentos*

Como parte del tratamiento, un 52.0% de los menores tomaba medicamentos mientras el restante 48.0% no los tomaba. La mayoría (54.0%) había tenido cambios de medicamentos en algún momento, mientras un 46.0% no había cambiado de medicamentos. La razón principal para el cambio fue para aumentar o disminuir la dosis porque no era la adecuada (47.0%), para evitar efectos secundarios (20.0%), porque eran mejores que los que tomaba (20.0%) y porque no eran apropiados para su condición diagnóstica (20.0%). Sin embargo, un **13.0%** mencionó que los cambiaron porque la farmacia no tenía disponibles los medicamentos recetados.

En relación al efecto de los medicamentos, la mayoría (54.0%) mencionó que éstos ayudaron a los menores; sin embargo, un 46.0% señaló que los medicamentos no resolvieron los problemas y que incluso le causaron más problemas al menor.

**Figura 32: Efecto de los Medicamentos en los Menores**



Por otra parte, al explorar si los encargados tuvieron problemas para obtener los medicamentos que les fueron recetados a los menores, un 93.0% indicó que no había tenido problemas y un 7.0% los había tenido. Además, un 11.0% señaló que había tenido dificultades con las aseguradoras para obtener los medicamentos, mientras el restante 89.0% no los había tenido.

### ***Hospitalización***

Sólo el 7.0% de los menores fue hospitalizado como parte de su tratamiento, todos debido a ideas e intentos suicidas (100.0%). La mayoría (60.0%) tuvo una sola hospitalización y el 40.0% restante tuvo dos (2). La mayoría (60.0%) fue hospitalizada por 7 días o más y el resto (40.0%) estuvo entre uno (1) a seis (6) días. La hospitalización promedio fue de tres (3) días. Durante la hospitalización todos los menores recibieron medicamentos como parte del tratamiento y un 80.0% terapia de grupo. Solamente un 40.0% recibió terapia individual.

**Tabla 23: Tratamiento Recibido durante la Última Hospitalización**

<i>Tratamiento</i>	<i>Por Ciento</i>
Medicamentos	100.0
Terapia de grupo	80.0
Terapia individual	40.0
Terapia ocupacional	20.0
Terapia recreativa	20.0

Por otro lado, un 60.0% considera que la hospitalización ayudó a mejorar la condición del menor; sin embargo el restante 40.0% opinó que el menor se quedó igual (20.0%) o empeoró su conducta (20.0%).

Al recibir el alta del hospital, todos los menores (100.0%) recibieron una cita, ya fuera para ver al profesional que le atendía antes de la hospitalización (60.0%), o con el psiquiatra que lo había visto en el hospital (40.0%). De acuerdo a las madres, padres o encargadas al ser dados de alta, todos los menores (100.0%) recibieron una receta para obtener medicamentos. La mayoría (60.0%) para ocho (8) días o más, un 20.0% para siete (7) días y otro 20.0% para tres (3) días. Un 80.0% informó que los medicamentos no se terminaron antes de la cita que le habían dado, mientras al 20.0% se le terminaron antes de la cita.

### **3. Impacto del Tratamiento en Condición del Menor**

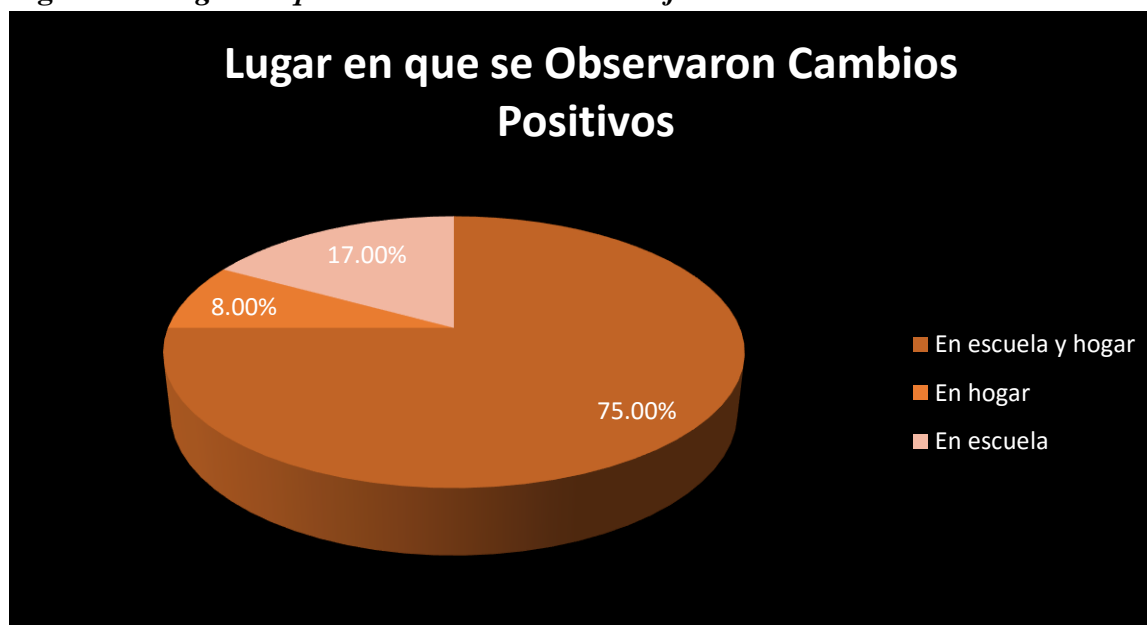
De acuerdo a la gran mayoría (70.0%) de las encargadas, el o la menor presentó cambios positivos en su conducta como resultado del tratamiento de salud mental que recibió, mientras que un 30.0% alegó que había empeorado, seguía igual, o que había mejorado en algunas áreas y empeorado en otras (Véase Figura 33).

**Figura 33: Cambios que Ocurrieron como Consecuencia del Tratamiento**



En el caso de los menores que habían **mejorado** con el tratamiento, la mayoría (75.0%) mencionó que los cambios positivos se observaron en el hogar y en la escuela.

**Figura 34:** *Lugar en que Conducta del Menor Mejoró como Consecuencia del Tratamiento*





### ***Cambios positivos***

Los cambios positivos observados en el hogar fueron que: expresaba sus emociones adecuadamente (53.0%), compartía con la familia (51.0%) y se irritaba menos (49.0%). Se destaca que solamente dos de los indicadores positivos de cambio fueron mencionados por la mayoría de las personas entrevistadas. Los cambios observados se relacionan principalmente con la conducta agresiva según se evidencia en una disminución en: irritabilidad, agresión, discusiones, actos violentos, no se agredía a sí mismo ni a otros, no destruía la propiedad y no jugaba con fósforos, cuchillos y objetos punzantes (Véase Tabla 24).

Los cambios positivos observados en la escuela fueron que: subió las notas (46.0%), compartía con sus compañeros de la escuela (44.0%) y obedecía las normas de la escuela (42.0%). Se observa que menos de la mitad presentó cambios positivos en la escuela en todos los indicadores de cambios (Véase Tabla 25). Los cambios observados por menos de un 40.0% se relacionan principalmente con la conducta del menor en el salón de clases, tales como: obedecía las normas de la escuela, terminaba los trabajos, atendía al maestro/a durante la clase, hacía las tareas, respetaba a los maestros y permanecía en su pupitre.

**Tabla 24: Cambios Positivos en el Hogar**

<i>Cambios (N=43)</i>	<i>Por Ciento</i>
Expresaba sus emociones adecuadamente	53.0
Compartía con la familia	51.0
Se irritaba menos	49.0
Colaboraba en las tareas del hogar	47.0
Discutía menos	47.0
Obedecía las reglas del hogar	44.0
Dormía bien	42.0
Respetaba a los adultos	40.0
Seguía instrucciones	35.0
No se ponía violento/a	30.0
No se aislaba	30.0
No se observaba deprimido/a	27.9
No se observa ansioso/a ni nervioso/a	28.0
Resultado irregular	23.0
Comía bien	21.0
No se observaba intranquilo/a	19.0
No se agredía a sí mismo ni a otros	16.0
No destruía la propiedad	12.0
No se orinaba en la cama	12.0
No jugaba con fósforos, cuchillos y objetos punzantes	9.0

**Tabla 25: Cambios Positivos en la Escuela**

<i>Cambios (N=48)</i>	<i>Por Ciento</i>
Había subido las notas	46.0
Compartía con sus compañeros de escuela	44.0
Obedecía las normas de la escuela	42.0
Terminaba sus trabajos en el salón de clases	42.0
Atendía al maestro/a durante la clase	42.0
Hacía las tareas asignadas y se preparaba para exámenes	40.0
Respetaba a los maestros	38.0
Seguía las instrucciones dadas por el maestro/a	38.0
No se observaba intranquilo/a (hiperactivo/a)	38.0
No se aislaba	31.0
Se irritaba menos	29.0
No peleaba con sus compañeros de escuela	25.0
Participaba de actividades	23.0
Permanecía en su pupitre	23.0
Resultado irregular	17.0
No se frustraba fácilmente	15.0
No cortaba clases	6.0

### *Cambios negativos*

Un 30.0% opinó que el o la menor había empeorado o estaba igual como resultado del tratamiento. En relación a los menores que habían **empeorado** al recibir el tratamiento, un 72.0% mencionó que los cambios negativos se observaron tanto en el hogar como en la escuela.

**Figura 35: Lugar en que Conducta del Menor Empeoró como Consecuencia del Tratamiento**

Entre los cambios observados en el hogar mencionados por un 50.0% se destacan que: discutía y se irritaba frecuentemente, había dejado de comer o comía menos y se observaba ansioso o nervioso. Datos similares se observan en relación a la escuela. Un 50.0% señala que: no terminaba sus trabajos en el salón de clase, no atendía al maestro/a durante la clase, no seguía las instrucciones dadas por el maestro/a y se irritaba frecuentemente.

Resulta interesante que el 10.0% de los entrevistados mencionó que el menor había empeorado, como consecuencia del tratamiento. Entre las razones más frecuentes para que no hubiesen cambios mencionaron que: los medicamentos no le ayudaron (64.0%), el tratamiento no funcionó (55.0%) y el padre o madre no quería que el menor tomara los medicamentos (46.0%).

#### 4. Opinión sobre el Servicio que Recibió el Menor

En cuanto a la opinión sobre los servicios recibidos por los y las menores, un poco más del 90.0% expresó sentirse totalmente de acuerdo en que: el profesional lo trataba con respeto, le hablaba de manera clara y entendible, respetó las creencias religiosas de la familia y fue una buena decisión buscar servicios para el menor. Sin embargo, se destaca que un 64.0% indicó que el profesional no ayudó a seleccionar las metas de tratamiento del menor; y un 19.0% está en desacuerdo con la localización y el horario de los servicios y con la disponibilidad del profesional para atender al hijo o hija.

**Tabla 26: Opinión sobre los Servicios que Recibió**

<i>Premisa</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>
El profesional me trató con respeto	99.0	1.0
El profesional hablaba claro de manera que yo lo entendía	99.0	1.0
El profesional respetó las creencias religiosas de mi familia	96.0	4.0
Fue una buena decisión buscar servicios para mi hijo/a	96.0	4.0
El profesional estaba disponible cuando se necesitaba	81.0	19.0
La localización de los servicios era conveniente	81.0	19.0
Los servicios estaban disponibles a horas convenientes para nosotros	81.0	19.0
Sentí que mi hijo/a tenía con quien hablar cuando lo necesitaba	81.0	19.0
Tuvimos la ayuda que queríamos para mi hijo/a	71.0	29.0
Tuvimos tanta ayuda como mi hijo/a necesitó	67.0	33.0
Ayudé a seleccionar las metas del tratamiento de mi hijo/a	36.0	64.0

En la **Tabla 27** se observa que la inmensa mayoría (86.0%) expresó que recomendaría los servicios a otras personas, sin embargo, un 14.0% indicó estar en desacuerdo en recomendar los servicios a otras personas. Al preguntarles si volverían a solicitar los servicios con el mismo profesional, el 74.0% informó que lo haría. En cuanto a los servicios de salud mental recibidos, el 77.0% estuvo de acuerdo y cerca de una cuarta parte (23.0%) en desacuerdo con el tipo de servicio obtenido. Además, un 70.0% entiende que los servicios cumplieron sus expectativas sobre el tratamiento, mientras que un poco más de una cuarta parte señaló estar en desacuerdo. Finalmente, la mayoría (82.0%) indicó que se encontraba satisfecha con los servicios brindados al menor; mientras que un 18.0% estaba insatisfecha con los servicios.

**Tabla 27: De Acuerdo/En Desacuerdo con los Servicios Recibidos**

<i>Premisa</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>
Recomendaría los servicios a otras personas	86.0	14.0
Está de acuerdo con los servicios de salud mental recibidos	77.0	23.0
Volvería al mismo profesional si menor necesitara servicios	74.0	26.0
Servicios cumplieron con las expectativas sobre el tratamiento	70.0	30.0

### G. Comentarios de Informantes

Se recogieron los comentarios y recomendaciones de las madres, encargadas y padres sobre los servicios de salud mental. Se encontró que aunque la mayoría de las personas tenía una opinión favorable de los servicios que recibió el menor, como se observa en las **Tablas 15 y 27** hay unas áreas que necesitan mejorar. Un 60.0% de las personas entrevistadas expresó sus comentarios y opiniones. De las personas que expresaron sus opiniones, un 65.0% ofreció comentarios desfavorables sobre los servicios recibidos, mientras un 35.0% tuvo comentarios positivos.

Entre los comentarios **desfavorables** se destacan los siguientes:

#### **Relacionados con el plan de salud**

- La larga espera para recibir servicios y para conseguir una cita después de que habían visto al menor.
- Las citas tardaban mucho entre una y otra.
- No todos los servicios de salud mental se ofrecían el mismo día (había que regresar varias veces).

- Citaban a adultos y menores el mismo día en el mismo lugar.
- Exceso de pacientes citados para el mismo día.
- Problemas con la aseguradora para autorizar medicamentos.
- Limitación de servicios de salud mental por los planes privados.
- La necesidad de orientación sobre qué hacer, a quién llamar y a dónde ir en caso de crisis o emergencia.
- No le pagan a tiempo a los profesionales y se afectan los servicios porque tienen que cerrar las oficinas o limitar el horario de servicios. El paciente se afecta.
- El trato inadecuado del personal administrativo.

### **Relacionados con los servicios que se ofrecen**

- Los servicios deben responder a las necesidades de los pacientes.
- Hay necesidad de que se ofrezca orientación a la familia o encargado del menor sobre el progreso del tratamiento.
- No hay un plan de tratamiento interdisciplinario ni comunicación entre los profesionales de salud mental.
- Falta de comunicación entre los profesionales de salud mental y la escuela.
- Dar más tiempo para las terapias psicológicas y que se ofrezcan con más frecuencia.
- Los servicios pueden mejorar, pero parece que a nadie le interesa mejorarlos.
- Aparente descuido con las recetas, por lo que los medicamentos del paciente se terminaban antes de la próxima cita.
- En los hospitales de salud mental hay medicación excesiva de los menores.
- Pobre servicio de salud mental en Puerto Rico, dirigido a la medicalización del paciente, lo cual siendo éste un menor, puede tener graves repercusiones desembocando en un problema de abuso o dependencia de sustancias en su adolescencia o adultez.

### **Relacionados con la política pública**

- Necesidad de trabajo preventivo a través de charlas a padres/madres sobre lo que es una condición de salud mental y las condiciones particulares en menores.

- Necesidad de mayor orientación y apoyo a madres/padres de menores con alguna condición de salud mental.
- Coordinación entre distintas instituciones para manejar la condición del menor.
- Orientación en las escuelas y la comunidad sobre salud mental.
- Necesidad de formar más profesionales de salud mental y proveer más servicios en Puerto Rico.
- Dar una mayor importancia a la salud mental de los menores en Puerto Rico.

Entre los comentarios **favorables** se destacan los siguientes:

- Fue una buena experiencia que le enseñó al menor a ver las cosas de otra manera. Encuentro que mejoró con el tratamiento.
- Hubo coordinación entre la escuela y los profesionales de salud mental por lo que se hizo un mejor trabajo.
- Logré resultados y me sentí satisfecha con los servicios recibidos.
- Los servicios fueron excelentes.
- Me gustaría que volviera a recibir servicios de salud mental.
- Me sentí bien con la psicóloga en servicios privados que aceptaba Reforma.
- Los servicios fueron buenos, pero no pude continuar llevándola por problemas de transportación.