

Análisis de la Salud de Puerto Rico, Salud Mental

Enrique Rivera Mass, M.D.; Nicolás Fernández Cornier, M.S.; Andrés Torres Rivera; Carmen E. Parrilla Cruz, PhD

I. Trasfondo General: Evolución y Situación Actual de los Servicios de Salud Mental de Puerto Rico

A lo largo de la historia las enfermedades mentales, al igual que el resto de las enfermedades, pero en mayor grado que estas han sido abordadas dentro del terreno de la magia y la religión. Su condición misma de enfermedad se cuestionaba atribuyéndole un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social para aquellos que cuestionaban la psiquiatría. La historia de la psiquiatría es larga pues podemos trazar sus orígenes desde la edad antigua. La acumulación de conocimientos y las dificultades que han tenido que atravesar, y que atraviesa aún son evidente en esta época.

El desarrollo de los servicios de la salud mental de Puerto Rico, a través de su historia, ha sido influenciado por el desarrollo cultural, social, económico y político de la Isla. Al revisar la historia de la evolución de los servicios de salud mental podemos identificar eventos o circunstancias que entorpecen sus logros y los elementos y acciones que se deben de mantener, mejorar o modificar para que se produzcan avances y se minimicen errores. Debemos utilizar esas experiencias y conocimientos en la planificación y ejecución de mejores servicios de salud mental. La planificación de servicios no se puede dar en un vacío. La experiencia acumulada que tiene la Isla en el área de salud mental debe ser tomada en consideración para delinear planes de trabajo y diseñar programas o proyectos que vayan acorde con nuestra realidad social. Se debe poner un alto a adoptar modelos sin la evidencia empírica de que son efectivos y capaces de lograr las transformaciones necesarias.

El desarrollo histórico de los servicios de salud mental en Puerto Rico, lo podemos ubicar desde sus inicios a partir de los años 1820 al 1828. Los mismos fueron dirigidos a servir la población que vivía en San Juan la cual carecía de vivienda, sustento, salud física y mental. La caridad y la conciencia moral fue el motor que movilizó y sostuvo la creación de los servicios de salud mental que se comenzaron a ofrecer en la capital. El 19 de noviembre de 1844 se construyó el “Asilo de Beneficencia” que operó con algunas interrupciones hasta 1927. La existencia del “Asilo” fue endosada por el gobierno con los esfuerzos de médicos, la iglesia y otros recursos humanos quienes se hicieron cargo del albergue. Los llamados “locos” que estaban juntos con los presidiarios se lograron separar. Se les ubicó en un edificio construido para ellos. Se clasificó la población por edad y sexo y se les atendió de acuerdo al respaldo económico del gobierno.

El desarrollo del “Asilo” y sus servicios cambió mucho a partir del 1863 como consecuencia de sucesos políticos y económicos que estaban ocurriendo en España. Durante la Guerra de la Reinstalación de la Independencia de Santo Domingo desde el 1863 al 1865, el “Asilo” fue convertido en hospital militar. Como consecuencia, los llamados “locos” volvieron a estar hacinados aunque en otro espacio. Los servicios antes ofrecidos se deterioraron al igual que la planta física. Luego de la Guerra de la Reinstalación de la Independencia Santo Domingo y con la intervención decidida de médicos, el “Asilo” volvió a recibir los “locos”, se restauró la planta física y se normalizó la vida diaria en el lugar. Fue entonces cuando se desarrollaron talleres de servicios y adiestramientos, se organizaron los departamentos por servicios a hombres, mujeres y menores. Además se redactó el “Reglamento del Asilo de Beneficencia” en 1894.

Con la Guerra Hispanoamericana en el año 1898 el “Asilo” volvió a ser un hospital militar. A sí mismo fue entregado a las autoridades militares como consecuencia del traspaso del territorio de Puerto Rico a los Estados Unidos de América. Al año siguiente, Puerto Rico fue azotado por el temporal San Ciriaco y la población de menores fue trasladada a otros edificios en el área de Santurce.

Entre el 1907 y 1913 un conjunto de leyes aprobadas dieron permanencia al “Asilo”. Entre éstas están las siguientes leyes, Ley del 14 de marzo de 1907, para “Fijar Procedimientos Judiciales en Caso de Demencia” (Derogada por la Ley 105 del 26 de junio de 1962); “Ley Orgánica del Departamento de Salud” (1912) y Ley 31 del 13 de marzo de 1913 para que los municipios habilitaran programas de emergencias para “dementes” hasta que hubiese cabida en el Asilo.

La demanda por servicios de salud mental creció más rápido que la presencia de recursos humanos, fiscales y de infraestructura. A tales efectos se comenzaron añadir en el “Asilo” nuevas estrategias de servicios. A los familiares que lo solicitaban, se les permitió que pudieran trasladar a su pariente con ellos por una temporada de prueba, lo que resultó en que muchos de los enfermos crónicos, pero apacibles, se quedaran viviendo con sus familiares. Luego se instaló el uso de pases y por último comenzaron a celebrar actividades recreativas, ejercicios gimnásticos y distracciones útiles y saludables.

Para el año 1923 se aprobó la construcción del “Nuevo Manicomio”. En abril de 1928 se aprobó la Ley 56 donde se estableció el método para no admitir pacientes mentales a los hospitales de distrito. El 13 de noviembre de 1929 se inauguró el “Nuevo Manicomio” en Río Piedras, al que hoy se le conoce como el Hospital de Psiquiatría de Río Piedras, Dr. Ramón Fernández Marina.

A partir de ese momento, ya estaban establecidas las bases de los servicios de salud mental a nivel isla. El Manicomio era la facilidad hospitalaria que ofrecía el servicio que el paciente necesitaba y la familia y su comunidad servía como extensión del primero. Durante los restantes setenta y tres (73) años, el sistema de servicios de salud mental creció y maduró en tres (3) grandes áreas: Hospitalario, Ambulatorio y Servicios Transicionales. Cada área de servicios tendría sus propias estrategias de intervención.

Entre el 1950 al 1974 fue uno de los momentos más productivos en el desarrollo de la salud mental en Puerto Rico. En el 1952 la Compañía de Seguros de Salud Cruz Azul introdujo en Puerto Rico el modelo de servicios de salud privados. El sistema de prestación de servicios de salud a personas médicos indigentes era total responsabilidad del Estado y estos se prestaba a través del Departamento de Salud.

El sistema público de salud estaba diseñado por niveles de prestación de servicios. El nivel primario basado en los Centros de Diagnósticos y Tratamiento (CDT's), el nivel secundario, compuesto por las (7) regiones operacionales del Departamento de Salud y el nivel terciario y más especializado como el Centro Médico de Río Piedras. Los servicios de salud mental públicos estaban dirigidos y supervisados por la Secretaría a Auxiliar de Salud Mental del Departamento de Salud de Puerto Rico.

En el 1955 el Congreso de los Estados Unidos aprobó “The Mental Health Study Act”, que creó “The Joint Commission on Mental Health and Illness”. Luego de cinco años de estudios y trabajos rindió un amplio informe al entonces Presidente John F. Kennedy en el 1961. Éste a su vez nombró un comité que revisó dicho informe y basados en las recomendaciones de ese

comité el Presidente sometió un mensaje especial al Congreso de los Estados Unidos de América sobre la salud mental en febrero de 1963. Sin embargo, para el 1960 el Dr. Guillermo Arbona (Secretario de Salud) había desarrollado un estudio en Puerto Rico sobre las necesidades de servicios de salud y salud mental. Como consecuencia de éste estudio, el Dr. Arbona desarrolló el sistema de “Regionalización” para los servicios de salud. Dentro de este sistema de salud, el modelo de prestación de servicios de los “Centros de Salud Mental” era el complemento lógico y perfecto para encajar en este sistema en el área de salud mental.

El Presidente Kennedy recalcó la necesidad de una nueva facilidad, el Centro de Salud Mental. Visualizó los centros como formando parte de un continuo de servicios en la comunidad a la hospitalización comenzando desde una clínica externa hasta ampliar y desarrollar sus programas con otros servicios de la comunidad que pudiese proveer servicios completos integrales en la propia comunidad con énfasis especial en la prevención. El 31 de octubre de 1963 el Congreso de los Estados Unidos aprobó la Ley 88-164, conocida como “Community Mental Health Center Act of 1963”. En ese mismo año comenzó en Puerto Rico el movimiento del nuevo modelo de prestación de servicios para el tratamiento de la población de Puerto Rico con distintos trastornos biosicosociales. Éste nuevo programa que impulsó el Presidente Kennedy y para el cual se designaron fondos federales, se fundamentó en el cuidado integral y abarcador de la salud mental en la comunidad.

Partiendo y compartiendo la visión del Presidente, el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico se dió a la tarea de crear, lo que fue hasta enero del 1998 la columna vertebral del programa de salud mental de Puerto Rico, los Centros de Salud Mental de la Comunidad. Se establecieron trece (13) centros a través de toda la isla los cuales fueron: Aguadilla, Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Cayey, Coamo, Fajardo, Humacao, Manatí, Mayagüez, Ponce y San Patricio (San Juan).

El concepto del Centro de Salud Mental de la Comunidad según el “Community Mental Health Center Act of 1963” envuelve un programa de servicios múltiples de prevención, tratamiento y de rehabilitación, capaces de llenar todas las necesidades biopsicosociales del individuo, la familia y la comunidad en que éste se desarrolla. Debe proveer a tiempo, servicios adecuados para todo tipo de trastorno emocional y/o enfermedad mental, de forma integral y continua. El centro debe localizarse de forma que sus servicios estén lo más accesible a toda la ciudadanía, sin limitaciones de clase alguna y sin distinciones de edad, credo, sexo o posición económica.

Los servicios deben ser además, lo suficientemente amplios para llenar todas las necesidades de cada paciente individualmente, en las diferentes etapas de su respectiva enfermedad o condición. Para beneficio de la ciudadanía, el centro debe integrar, conducir y coordinar sus servicios con otros servicios relacionados de índole social, salud física, vocacionales, de rehabilitación, a hogares y los Centros de Rehabilitación Psicosociales. Cada centro debe ofrecer una gama de servicios de tratamientos integrados de manera que las personas puedan recibir la atención adecuada en su propia comunidad y con su familia. Con este fin, el programa de cada centro debe formularse con la mayor flexibilidad posible, adoptando su comunidad y a la población que sirve, pero coordinados con otras regiones.

Este modelo está diseñado con la flexibilidad de poder ser utilizado por las entidades gubernamentales, ya sean municipales o estatales y también entidades privadas (con o sin fines de lucro) o sea, se pueden privatizar. El modelo de prestación de servicios de salud mental de los Centros de Salud Mental de la Comunidad permite la coordinación entre servicios gubernamentales y privados dentro de un sistema de regionalización integrada. Cada centro tiene un área específicamente demarcada para proveer servicios de salud mental a las

personas médico indigentes o que no tengan cubierta médica, o cubiertas de planes médicos deficientes. El propósito es maximizar los recursos gubernamentales y privados disponibles, pero bajo la supervisión, coordinación y política pública del Secretario de Salud de Puerto Rico.

Los centros de salud mental son parte de un continuo de servicios integrados que cuenta con cinco elementos esenciales, aunque no necesariamente tienen que estar bajo una misma institución pero como parte de un solo sistema.

Estos son:

- I. Servicios Hospitalarios.
- II. Servicios Ambulatorios.
- III. Servicios Parciales de Hospitalización.
- IV. Servicios de Emergencia de 24 horas dentro de por lo menos, en uno de los servicios anteriores.
- V. Servicios Consultivos y de educación al personal profesional y agencias de la comunidad.

Dicha reglamentación así mismo definía como “Servicios Adecuados” aquellos que además de los cinco (5) elementos esenciales anteriormente enumerados tienen que tener los siguientes elementos:

- A. Servicios de Diagnóstico.
- B. Servicios de Rehabilitación incluyendo programas Vocacionales y Educativos.
- C. Servicios pre y post hospitalarios en la comunidad, incluyendo visitas a hogares y acomodo en los Centros de Rehabilitación Psicosociales, Hogares Sustitutos y Hogares Intermedios.
- D. Adiestramiento.
- E. Investigación y Evaluación

Esta reglamentación limita la prestación de servicios de cada centro a un mínimo de 75,000 personas y a un máximo de 200,000. El Cirujano General de los Estados Unidos tiene la autoridad de modificarlo, siempre que no sea un obstáculo para la efectividad de la prestación de servicios. También exige que se atiendan todos los grupos de edad, que se asegure el tratamiento continuo de los pacientes y que la información clínica pertinente esté disponible en todas las etapas de servicio.

Para asegurarse que los Centros de Salud Mental de la Comunidad fueran sensitivos y se ajustaran a las necesidades específicas de las regiones y personas que brindaban dichos servicios, cada centro en su estructura administrativa contaba con un grupo personas que representan la comunidad. De aquí salieron los “Grupos de Apoyos de la Comunidad” que todavía en algunas áreas de Puerto Rico se mantienen activos a pesar de que los Centros de Salud Mental de sus comunidades han desaparecidos.

Esta ley federal también le exige a los gobiernos estatales la creación un Consejo Estatal de Planificación de Salud Mental de Puerto Rico compuesto por organizaciones y representantes de la ciudadanía con potestad para recomendar, modificar, monitorear, y abogar por las personas (adultos y menores) con disturbios emocionales respecto a los programas del gobierno de salud mental de sus respectivos estados. El Consejo Estatal de Planificación de Salud Mental de Puerto Rico está activo y se reúne en el Centro de Salud Mental de San Patricio (San Juan) una vez al mes.

Un error en el establecimiento del modelo de prestación de servicios de los Centros de Salud Mental de la Comunidad en Puerto Rico fue que el gobierno no integró ni coordinó el

sistema gubernamental con el sistema privado y tampoco cobró por sus servicios a las personas que tenían algún tipo de cubierta de pago, ya sean planes médicos privados, Medicare o Medicaid. El gobierno asumió todos los gastos económicos del mismo. Irónicamente este modelo de prestación de servicios tenía el potencial, la flexibilidad y la capacidad de integrar el sistema privado y recibir pagos por servicios dentro del sistema de gobierno por las aseguradoras.

La década de los 70 a 80 tuvo un impacto significativo en la prestación de servicios de salud mental. Esta década es conocida como la “explosión de los derechos constitucionales del paciente mental” como consecuencia del amplio desarrollo jurisprudencial y legislativo. En el ámbito jurisprudencial del Tribunal Supremo de los Estados Unidos se establecieron los límites en cuanto a la prestación de los servicios mentales a los pacientes, pretendiendo dejar atrás una época de violaciones a la dignidad del ser humano. La Secretaría Auxiliar de Salud Mental había identificado serias deficiencias en los procesos y garantías legales para los pacientes de salud mental que culminaron con la aprobación de la Ley 116 del 12 de julio de 1980 conocida como “Código de Salud Mental de Puerto Rico”.

Esta Ley tomó en cuenta los principios constitucionales ya establecidos, tales como el derecho a un debido proceso de ley y el derecho de la intimidad. Por tal razón, el énfasis de esta Ley fue establecer los procedimientos para las admisiones voluntarias e involuntarias a las instituciones hospitalarias de salud mental.

El “Código de Salud Mental de Puerto Rico” fue aprobado sin fondos para su implementación y la ambigüedad de algunas de sus disposiciones respecto a procedimientos y jurisdicciones de responsabilidades causó que el proceso para poner en función la Ley fuera uno largo y caracterizado por múltiples y distintas interpretaciones que variaban por región judicial e institución hospitalaria.

En el 1992 el “National Institute of Mental Health (NIMH)” la cual administraba el “Community Mental Health Center Act y el “Substance Abuse and Mental Health Services Administration” se unieron a través del P.L. 102-321 de julio de 1992 y se creó el “Center for Mental Health Services (CMHS)”. De esta forma el gobierno federal unificó las administraciones que daban servicios de salud mental y abuso de sustancias bajo una sola administración.

Siguiendo este mismo patrón, en Puerto Rico la Secretaría Auxiliar de Salud Mental y el Departamento de Servicios Contra la Adicción (DSCA), se unen a través de la Ley 67 del 7 de agosto de 1993 bajo una sola administración creándose la “Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)”. De esta forma se regresa al modelo original implantado por el gobierno en el 1963 en donde los servicios de salud mental y de adicciones estaban integrados hasta el 1973 cuando se creó DSCA.

Las limitaciones de presupuesto, la distribución inadecuada de recursos, la ausencia de un programa de prevención, la pobre participación ciudadana y la disociación entre los servicios de salud física y salud mental provocaron una sobrecarga en el ámbito secundario y terciario.

Para el 1992 se eligió por primera vez un médico como Gobernador de Puerto Rico. A lo largo de toda su campaña preeleccionaria, éste focalizó en la implantación de lo que conocemos como la “Reforma de Salud”. La propuesta tenía como atractivo utilizar el icono de una tarjeta que salud, semejante a la usada por los seguros privados de salud, con el propósito de hacer accesibles los servicios de salud privados a la población médico indigentes. El modelo de prestación de servicios es uno de “Cuidado Coordinado” (Manage Care) o también conocido como “Cuidado Dirigido”. Al igual que en el área de salud física el paradigma que motivó esta

reforma se basa en el juicio valorativo sobre la calidad superior de los servicios privados versus los servicios públicos.

En el 1993 por virtud de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, se creó la “Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico” (ASES). Esta agencia es responsable del establecimiento del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico y de asignar los fondos a esos fines.

El concepto filosófico del “Cuidado Coordinado” o “Cuidado Dirigido” (Manage Care), fue implementado sin los estudios de vigor correspondientes a las necesidades de la población que iban a servir. El concepto primordial de éste modelo de prestación de servicios era reducir los gastos económicos haciendo los servicios médicos más eficientes. Los resultados obtenidos hasta el presente no han llenado estas expectativas. Al añadirle a esta fórmula, compañías con fines de lucro, el resultado no ha sido de eficiencia o “costo-efectividad”, sino “contención de costos”. Las proyecciones económicas calculadas no han sido las esperadas y éste modelo a lo largo no ofrece ningunas ventajas económicas sobre cualquier otro modelo de prestación de servicios.

Este modelo de prestación de servicio surgió de la Industria de Seguros de Salud (con fines de lucro), diseñada específicamente para contener costos y maximizar ganancias. Su diseño y concepto esta basado en la premisa de que solamente atiende a un grupo específico y limitado de la población y no su totalidad. El grupo en el cual se basa el diseño de este concepto es en la población que esta activamente trabajando, paga su propio seguro médico. Parte de la premisa de que el asegurado puede compensar con sus propios recursos o reservas económicas los servicios no cubiertos por su póliza. Si el asegurado no puede compensar por sus servicios médicos el sistema descansa sobre los recursos de los servicios gubernamentales.

Los servicios médicos, que se proveen en este modelo, son de índole aguda con la intención de estabilizar, lo más rápidamente posible, a la persona y regresarlo a la fuerza trabajadora. El concepto de “continuidad de servicios” es un andamiaje sumamente costoso para este modelo porque los pone en riesgo de reducir sus ganancias o peor aún, perder dinero. Su sistema no esta diseñado para atender a personas que están severamente enfermas, que estén convalecientes, tengan condiciones crónicas o tengan algún impedimento.

Los servicios de salud mental de la “Reforma” se implantaron bajo la premisa de que los servicios médicos privados eran superiores a los de los servicios médicos públicos. Los modelos de prestación de servicios en la que se justificaban estas premisas eran solamente desde el punto de vista de los servicios la salud física en Puerto Rico. Sin embargo, los servicios de salud mental públicos aventajaban a los privados en enfoques de amplitud de servicios, el continuo de servicios e integración agencial.

Para comprender esto, es importante conocer la idiosincrasia del desarrollo de la medicina privada en Puerto Rico. Tampoco se puede comparar con la medicina privada de los Estados Unidos ya que en el área de salud mental divergen. A través de los últimos treinta a cuarenta años las compañías de seguros médicos de Puerto Rico son las que han fijado los parámetros de tratamiento de la medicina privada en Puerto Rico. Se han concentrado sólo en el desarrollo de la práctica de la medicina física. La influencia de las organizaciones profesionales médicas y/o académicas ha sido mínima en el desarrollo de la medicina en Puerto Rico. A pesar de que en los Estados Unidos los servicios de salud mental privados han evolucionado las compañías de seguros médicos en Puerto Rico prácticamente han ignorado este servicio haciendo caso omiso del problema de salud más grande que enfrenta Puerto

Rico. Sólo han provisto un mínimo de estos servicios, dejándole el grueso al gobierno.

El servicio público de salud mental era la red de ganancia de las compañías de seguros en Puerto Rico ya que al fijar un límite de citas ambulatorias y de días de hospitalización, el paciente crónico o severo agotaba los límites de su cubierta y terminaba en los servicios de salud mental pública de Puerto Rico. Las aseguradoras no cubren la red de servicios esenciales que complementan el continuo de servicios como terapia recreativa, terapia ocupacional y limitan severamente otros servicios de tratamiento ambulatorio como tratamientos ambulatorio intensivo, diurnos, medicamentos psicotrópicos, etcétera.

Por otro lado, no podemos inferir que el atraso del desarrollo de la salud mental en el área privada es exclusivamente influenciada por la industria del seguro. Los hospitales y clínicas privadas también han contribuido en el sub-desarrollo de estos servicios al no adelantar estos servicios para sus pacientes privados. En Estados Unidos muchos de los hospitales privados que utilizando el modelo de “Centros de Salud Mental de la Comunidad” pudieron mejorar los servicios de salud mental y psiquiatría de calidad para sus pacientes privados.

La “Reforma de Salud” basada en la privatización de los servicios directos de salud, fundamentada en el modelo de servicios de “Cuidado Coordinado”, comenzó a dismantelar la infraestructura de servicios de salud mental en el 1995 con el cierre del Centro de Salud Mental de la Comunidad de Fajardo. Para el 2000 solo quedaban unos remanentes de servicios, escasamente coordinados, de lo que una vez fue la red de los Centros de Salud Mental de la Comunidad. Lamentablemente la estructura física de muchos de estos centros fueron vendidos a los privatizadores.

Tras diecinueve (19) años de la implementación de la Código de Salud Mental de Puerto Rico y tomando en cuenta la transformación sufrida por los servicios de salud mental a la luz de la “Reforma de Salud” fue necesario atemperar esta Ley a los nuevos cambios. Aunque en el 1991 se comenzó a pensar en enmendar la Ley 116 pero finalmente un grupo designado por el gobierno optó por redactar una nueva Ley de Salud Mental que incluyera no solamente, los aspectos relativos a procesos de admisión voluntaria e involuntaria sino también que se estableciera de manera clara y precisa las cartas de derechos de la persona adulta y el menor. Además se pretendió dar un orden lógico a las disposiciones y organizar el proyecto por temas y áreas de atención particular tales como, una sección para atender los asuntos relativos al adulto y una sección distinta para las disposiciones que atendería a los menores con trastornos emocionales. Después de nueve años de trabajos se aprobó la Ley 408 del 2 de octubre de 2000, conocida como “Ley de Salud Mental de Puerto Rico”.

Durante la evolución de la “Reforma” de salud las compañías de seguros médicos de Puerto Rico se dieron cuenta que no tenían la infraestructura, la preparación y carecían de los conocimientos clínicos y administrativos en el área de salud mental para proveer estos servicios por lo tanto, subcontrataron a otras compañías privadas, de Estados Unidos para que administraran y también proveyeran el servicio y le prestaron la red de sus proveedores. Creyeron que con esto podrían sustituir el sistema y modelo de los Centros Salud Mental Comunitario que Puerto Rico comenzó a crear desde el 1963. A estas compañías les llamaron “Carveouts” y las conocimos como Options, ahora conocida como “First Hospital Corporation (FHC)”, “Behavioral Health Patrnrs (BHP)”, “American Psyche Systems (APS)”, etcétera. Sin embargo, estas compañías, cuya finalidad es de lucro, no han podido sustituir los servicios que proveía ASSMCA a través de los Centros de Salud Mental de la Comunidad y los servicios a los pacientes se han deteriorado enormemente.

Tomando en cuenta que el gobierno ya no contaba con las facilidades que había

administrado por años y observando el fenómeno que se estaba dando con las aseguradoras se tomó la decisión eliminarlas para así contratar directamente a “carveouts”, con la idea de que de esta manera se estaría ahorrando el dinero con el intermediario. Para hacer esto se realizaron nuevos contratos con las compañías que estaban ofreciendo el servicio. Estas se conocen como “Maintenance Behavioral Health Organizations (MBHOs)”. En la nueva contratación que fue efectiva al 1 de octubre de 2001, se estipulaba que los servicios debían ser provistos de acuerdo a la Ley 408 de Salud Mental” y se le daba la tarea a ASSMCA de monitorear y fiscalizar a estas compañías.

El primer contrato con los MBHOs fue por nueve (9) meses para dar el suficiente tiempo par verificar que se estuviesen cumplimiento con las deficiencias de acceso y calidad de servicios. Sin embargo, a pesar de que las deficiencias que se encontraban no estaban siendo corregidas se extendió el contrato a los MBHOs por tres (3) años.

Para atender los problemas que éste nuevo modelo de prestación de servicios de salud trajo, la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993 que creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) tuvo que enmendar varias veces para garantizar el acceso y calidad de los servicios. Estas enmiendas fueron a través de las Leyes, 107 del 22 de junio de 2000, 88 del 24 de mayo de 2000, 372 del 2 de septiembre de 2000, 463 del 29 de diciembre de 2000 y Ley 100 del 10 de agosto de 2001. También a tono con ello se requirió legislar la Ley 194 del 25 de agosto de 2000, conocida como “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente” para brindar protección a los usuarios de los servicios de salud irrespectivamente de la naturaleza pública o privada de los servicios médicos.

Sin embargo, las enmiendas a la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993 (que creó la “Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico” [ASES]) y la Ley 194 del 25 de agosto de 2000, (Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente) no eran suficientes para regular los servicios que proveían las aseguradoras y los a los recipientes de la “Reforma”. Por lo tanto, el gobierno tuvo que crear una “Agencia Fiscalizadora” para estos fines.

El 11 de abril de 2001 se aprobó la Ley 11, “Ley para Crear la Oficina y el Cargo del Procurador del Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud”. Esta agencia atendería todos los problemas relacionados a cualquier violación al acceso y calidad de servicios provistos por “Reforma”. Pero como la Ley 194 del 25 de agosto de 2000, (Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente) y la Ley 408 del 2 de octubre de 2000, (Ley de Salud Mental de Puerto Rico) aplican también a los servicios provistos por planes médicos privados y sus proveedores, ésta agencia también, asumirá jurisdicción para fiscalizar los servicios provistos por las aseguradoras, MBHO's y proveedores privados. La Oficina de la Procuradora de Paciente (OPP) inicialmente esta concentrando sus esfuerzos en la fiscalización de la “Reforma” durante sus primeros cinco (5) años. Pero en el 2005 su autoridad se extenderá al área de fiscalización de los servicios de salud privados.

El 13 de marzo de 2001 se aprobó La Ley 3 para crear la “Oficina del Control de Drogas”. Esta Ley responde, según consta en su exposición de motivos, a la necesidad de concertar, integrar y canalizar los recursos gubernamentales contra el trasiego, venta y consumo de sustancias controladas en Puerto Rico entre los organismos gubernamentales sobre los que recae la responsabilidad de combatir el narcotráfico, manejar la prevención, la educación y tratamiento relativo al uso de drogas.

Como función principal tiene la encomienda de coordinar y redactar un proyecto de “Plan Estratégico de Política Pública” para promover la prevención el tratamiento contra el uso ilegal de drogas y otras sustancias adictivas y proveer para la educación de la población de

Puerto Rico sobre dicho problema y controlar el uso ilegal de drogas u otras sustancias controladas en Puerto Rico.

Cuando ASSMCA comenzó a reabrir los Centros de Salud Mental de la Comunidad dado las deficiencias que se seguían encontrando en la provisión de servicios se comenzó articular por algunos sectores que existía duplicidad de servicios y que esto estaba llegando al gobierno a un mal uso de fondos públicos.

En el año fiscal 2002-03 el estado en su empeño de buscar una alternativa costo-efectiva a la prestación de servicios de salud mental constituyó un Comité de Trabajo para realizar una evaluación exhaustiva con el propósito de establecer principios que permitieran eliminar la duplicidad de servicios entre ASSMCA y ASES. Para llevar a cabo esta tarea la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) contrató a la firma de contabilidad pública "Price Waterhouse Coopers". El 30 de enero de 2003 se presentó el Informe Final de Hallazgos para la Reestructuración de ASSMCA.

A partir de este informe ASSMCA comenzó a realizar los ajustes necesarios para cumplir con las recomendaciones emitidas. Las recomendaciones no fueron avaladas por muchos sectores, ya que en este se vislumbraba una reducción del presupuesto en áreas sensitivas. Además se cuestionaba el hecho de que un organismo privado sin el peritaje con el que cuenta ASSMCA realizara recomendaciones acerca de la provisión de servicios de salud mental. Para algunos el tratar de resolver un problema presupuestario llevaba a dejar en manos del sector privado la suerte del paciente de salud mental.

Dentro de las recomendaciones encontradas se hablaba de una reducción del presupuesto de ASSMCA que ascendía a 16 millones de dólares. En esta nueva política de gobierno se propuso que la agencia no proveyera servicios directos y se limitaría a monitorear y fiscalizar a los MBHO's. Sin embargo, los servicios directos, que por su naturaleza, no proveen ganancias o requieren inversión de dinero por parte de los MBHO's se los dejarían a ASSMCA. Estos servicios son Prevención, Rehabilitación, Hogares, Centros de Rehabilitación Psicosociales y Servicios de Sustancias, en especial, la coordinación de estos servicios con otras agencias gubernamentales. Muchas de las personas que requieren de estos servicios son pacientes crónicos, de mantenimiento y/o requieren coordinación estrecha con otras agencias de gobierno como: el Departamento de Justicia (Tribunales), la Policía de Puerto Rico, Departamento de Educación, Departamento de la Familia, Rehabilitación Vocacional, etc.

Otro de los servicios directos que ASSMCA retendría serían los servicios de salud mental para niños y adolescentes ya abiertos porque, a pesar de los reclamos de buena prestación de servicios a esta población, no han podido proveerlos adecuadamente y estos servicios por su naturaleza, como el Departamento de justicia, Tribunal de Menores, hacen muchas exigencias a los proveedores y requieren coordinación con otras agencias de gobierno.

Una vez se anunció la reestructuración de ASSMCA a través de los medios de comunicación se comenzaron a realizar diferentes manifestaciones por parte de sectores de la comunidad. Incluso a nivel del Tribunal Federal se realizaron advertencias sobre las posibles consecuencias que tendría la llamada reestructuración de la agencia tal y como se había estipulado en el Informe. Sin embargo, OGP no le aumentó el presupuesto a ASSMCA y para atemperar las condiciones de la Corte Federal, el presupuesto del Hospital de Psiquiatría y de San Patricio se redistribuyó el presupuesto ya asignado a la agencia.

Hasta el momento la agencia no ha completado su proceso de reestructuración total según las recomendaciones emitidas. No se a levantado una infraestructura de sistemas que

permitida a la agencia generar la cantidad de ingresos que se proyectaba a través de la facturación ni se ha levantado un sistema estadístico que permita recolectar datos confiables sobre los servicios ofrecidos. Desde su pronunciamiento hasta la fecha de hoy la reestructuración de la agencia ha sido objeto de muchos análisis desde su por parte de los sectores profesionales, académicos y de gobierno. Lo que parece haber consenso hasta este momento es que existe la necesidad de reabrir los centros de salud mental comunitarios y de crear programas y servicios para aquellas personas con condiciones crónicas y necesidades especiales. Con la existencia de estos centros se pretende crear una espina dorsal para poder proveer los servicios de salud mental a la población en caso de que los MBHO's se colapsen, se retiren o cambie la política pública del Gobierno de Puerto Rico sobre los servicios de salud mental.

En este momento histórico el gobierno tiene dos modelos de sistemas de servicios de salud mental simultáneamente que no son compatibles. Con el paso del tiempo a quedado demostrado que es necesaria una verdadera reestructuración de los servicios de salud mental y que la misma no puede estar sujeta a recomendaciones de organismos privados que sólo cuentan con experiencia en el campo de las finanzas. Aunque se han realizado varios esfuerzos institucionales por parte del Departamento de Salud y ASSMCA de reconceptualizar el sistema de salud mental a través de la discusión pública y a través de Comités Intersectoriales no se ha delineado de manera definitiva lo que debe ser el Plan Estratégico de Salud Mental para Puerto Rico. La falta de consenso al nivel de los demás sectores gubernamentales no a permitido un avance en la política pública que permita salir del estancamiento que existe hoy día.

II. Prevalencia de los Servicios de Salud Mental en Puerto Rico

Puerto Rico es una isla del Caribe de 3,435 millas cuadradas. Según el censo del 2000 Puerto Rico tiene una población de 3,808,610 personas, de las cuales 2,716,509 son adultos y 1,092,101 son niños y adolescentes. Esto la hace a Puerto Rico una de las áreas más densamente pobladas del mundo con sobre 1,100 personas por milla cuadrada. La isla está dividida políticamente en setenta y ocho (78) municipios. San Juan, la capital de Puerto Rico, es la ciudad más grande en términos de población y la más densamente poblada de la isla con 434,374 personas.

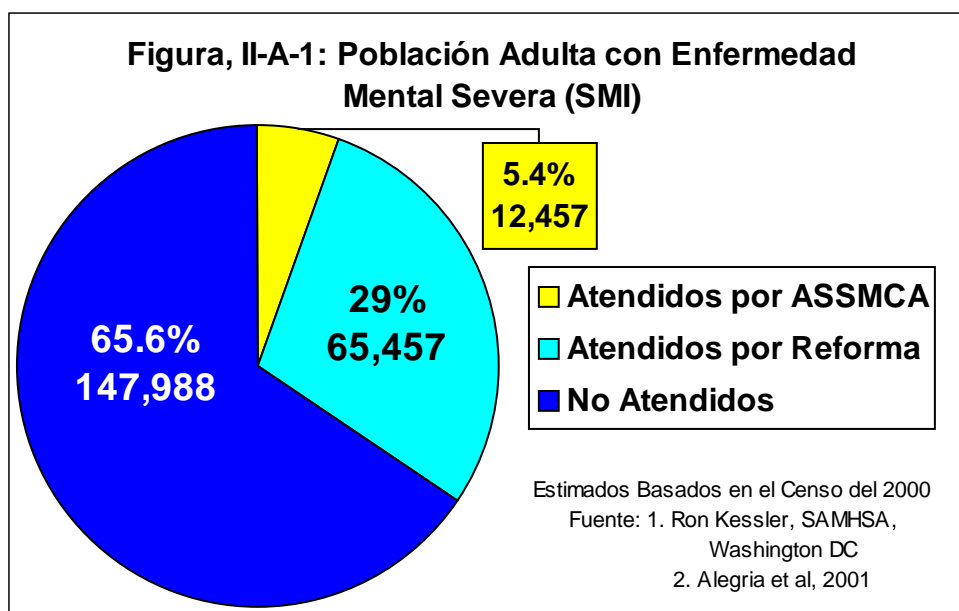
Las tasa de prevalencia en Puerto Rico de los personas adultas con enfermedad mental severa (Severe Mental Illness, [SMI]) y niños y adolescentes con disturbo emocional severo (Severely Emotionally Disturb, [SED]) son estimadas por el "Federal Register" para la población de Puerto Rico utilizando las normas estandarizadas por el "Center for Mental Health Services" (CMHS).

Para reunir los criterios de personas con enfermedad mental severa (SMI), éstas tienen que tener dos (2) o más pautas de impedimento de cada uno de los siguientes instrumentos diagnósticos: 1) tener un diagnóstico psiquiátrico según los criterios de la Clasificación Diagnóstica Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR, APA, 2003); 2) tener una puntuación alta de cinco (5) de las sub-escalas del "Psychiatric Symptoms and Dysfunctional Scales", PSDS (Warheight, Vega, Auth, 1985) y 3) tener una puntuación de veintitrés (23) o más de las sub-escalas del "Center for Epidemiological Studies Depression Scale", CES-D scale (Radloff, 1977). (Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults With Severe Mental Illness and Children and Adolescents With Seriously Emotionally Disturbances for 2004, Fiscal Year 2004, ASSMCA).

A. Adultos

La tasa de prevalencia de enfermedades mentales severas (SMI), según los criterios del “Center for Mental Health Services” (CMHC), de la población adulta (sobre 18 años) de Puerto Rico es de alrededor de un 8.3%, o sea 225,470 adultos en Puerto Rico (censo 2000). Estos datos son estimados por el Dr. Ron Kessler del “Center for Mental Health Services”, SAMHSA, Washington, DC. Esta estimación coincide con la obtenida por la Dra. Alegría, en su estudio más reciente sobre los patrones de utilización de servicios de salud mental en Puerto Rico (Alegría et al, 2001).

Según el “Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults With Severe Mental Illness and Children and Adolescents With Seriously Emotionally Disturbances for 2004” o mejor conocido como “FY 04” (Fiscal Year 2004) de ASSMCA, los adultos atendidos durante el año fiscal 2003 fueron alrededor de 132,052 (118,210 atendidos por la “Reforma” y 13,842 atendidos por ASSMCA). Se estimó (Alegría, M., Bijli R.V., et al, 2000; Alegría, M., Kessler, R., et al, 2000; Alegría, M., Robles R., et al, 1991) que el 55% (65,015) de los adultos atendidos por la “Reforma” reunían los criterios de enfermedad mental severa (SMI) según el “Center for Mental Health Services”, mientras que los atendidos por ASSMCA el 90% (12,457) de los adultos reunían los criterios de enfermedad mental severa (SMI) según el “Center for Mental Health Services” (CMHS). Por lo tanto se estimó que 77,472 de los atendidos reúnen los criterios de enfermedad mental severa (SMI) según el “Center for Mental Health Services” (CMHS) y quedaron sin recibir servicios de salud mental alrededor de 147,998 de los 225,470 adultos con condición mental severa o 65.6% de los necesitados (Figura, II-A-1).

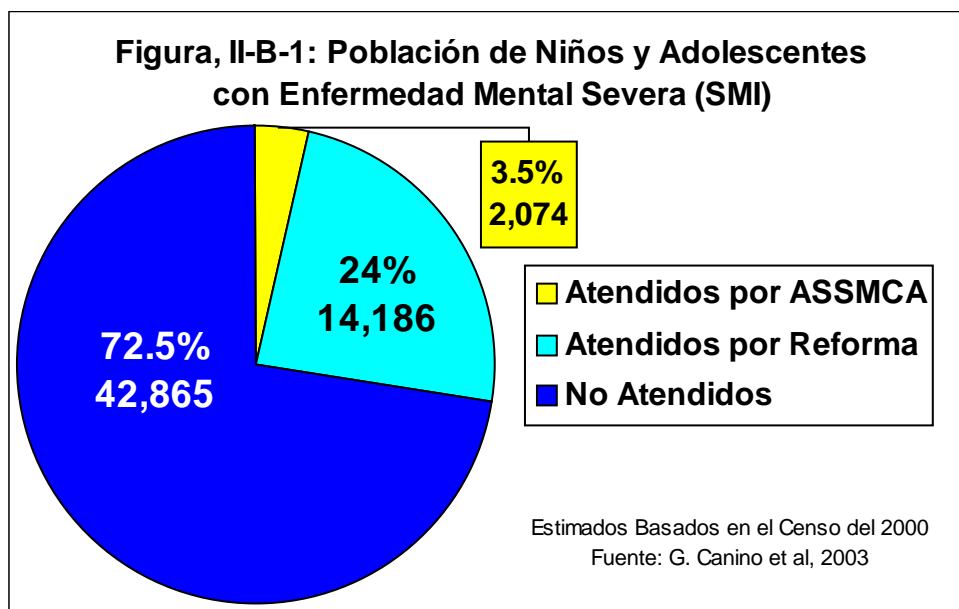


B. Niños y Adolescentes

El último estudio epidemiológico de la población de niños y adolescentes de Puerto Rico se llevó a cabo por la Dra. Glorisa Canino y colegas (Canino et al, 2003) en el 2000 entre las edades de 4 a 17 años (856,877, censo 2000). Éste estudio demostró que alrededor del 16.4%, o sea 140,528 de los niños y adolescentes llenan los criterios diagnósticos de trastornos mentales del DSM-IV-TR (APA, 2000) con impedimento leve a moderado y un 6.9%, o sea, alrededor de 59,125 de niños y adolescentes de esta misma población llenó los criterios de

disturbio emocional severo (SED) según los criterios del “Center for Mental Health Services” (CMHC).

Según el “Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults With Severe Mental Illness and Children and Adolescents With Seriously Emotionally Disturbances for 2004” o “FY 04” (Fiscal Year 2004) de ASSMCA, los niños y adolescentes atendidos durante el año fiscal 2003 fueron alrededor de 32,521 (28,374 atendidos por la “Reforma” y 4,147 atendidos por ASSMCA) de los cuales se estimó que el 50% (Lanhey et al, 1996; Leaf, P.J. et al, 1996; Ribera, J.C. et al, 1996; Shaffer, D. et al, 1996) que los niños adolescentes atendidos (16,260) reúnen los criterios de disturbio emocional severo (SED) según el “Center for Mental Health Services” (CMHS). Por lo tanto quedaron sin recibir servicios de salud mental alrededor de 42,865 de los 59,125 niños y adolescentes con condición mental severa e impedimento severo, o sea el 72.5% de los necesitados (Figura, II-B-1).

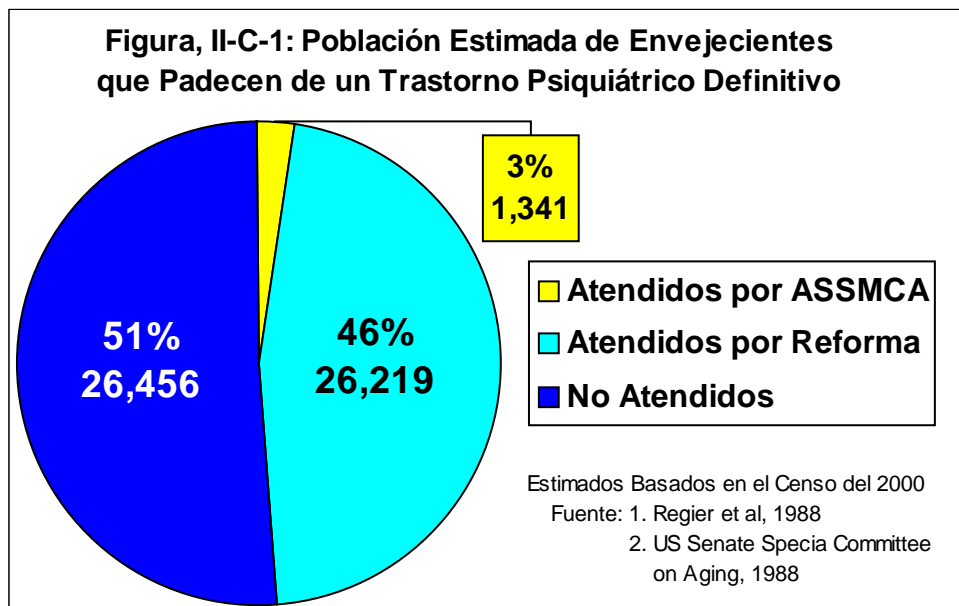


C. Envejecientes

Aunque no tenemos disponibles al presente estudios epidemiológicos psiquiátricos en la población geriátrica en Puerto Rico, sabemos que en los Estados Unidos entre la población de personas mayores de 65 años un mínimo de 12% de esta población tiene un trastorno psiquiátrico definitivo (Regier et al, 1988), y se estima que entre 15 y 25% tengan un problema significativo de salud mental (US Senate Special Committee on Aging, 1988). Según el censo del 2000 tenemos 425,137 personas sobre 65 años. Proyectando estas cifra a nuestra población tenemos alrededor de 51,016 de estas personas en Puerto Rico que padecen de un trastorno psiquiátrico definitivo y entre 64,000 y 106,000 envejecientes que podrían tener un problema significativo de salud mental.

Según el “Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults With Severe Mental Illness and Children and Adolescents With Seriously Emotionally Disturbances for 2004” o “FY 04” (Fiscal Year 2004), nos señala que las personas sobre 60 años que recibieron servicios de salud mental en el año natural 2002 por la “Reforma” fueron 23,456 y aquellas personas atendidas por ASSMCA fueron 1,341, dándonos un total de 24,797 personas sobre 60 años atendidas por salud mental en Puerto Rico. Si aplicamos los números estimados de aquellas personas de 64 años en adelante que tienen un trastorno psiquiátrico definitivo que

es aproximadamente 51,016 personas esto implicaría que se quedarían sin recibir tratamiento aproximadamente 26,219 personas (Figura, II-C-1). Sin embargo, es posible que esta cifra sea mayor ya que el número de personas que recibieron servicios de salud mental (24,797) son de 60 años en adelante y la cifra que tenemos (51,016) son de 64 años en adelante. Tampoco hemos comparado las cifras de las personas que recibieron servicios de salud mental con las cifras estimadas de los envejecientes que podrían tener un problema significativo de salud mental (64,000 a 106,000).



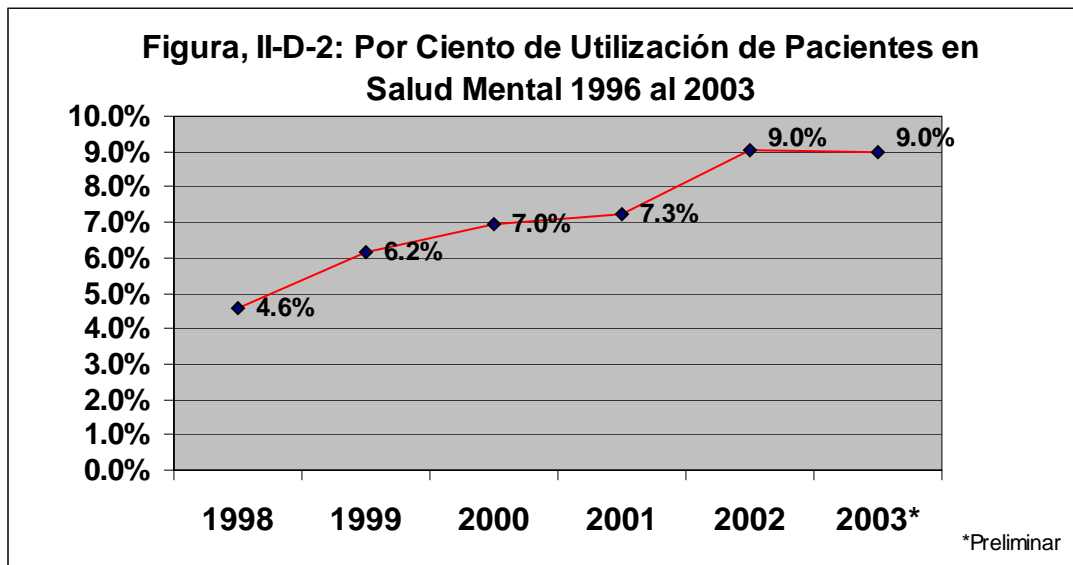
D. La “Reforma” en Salud Mental

La “Reforma” en el área de salud mental comenzó aproximadamente en el 1995 en el área de Fajardo. Para el 1999 la isla estaba completamente integrada al incorporarse la última región, que fue San Juan. A pesar de que la reforma, en el área de la salud mental tiene sobre un millón y medio de asegurados, la utilización de la misma es sumamente baja comparada con la magnitud del problema existente. Ver las Figuras II-D-1 y II-D-2 (Fuente: Data Base ASES, marzo 2004).

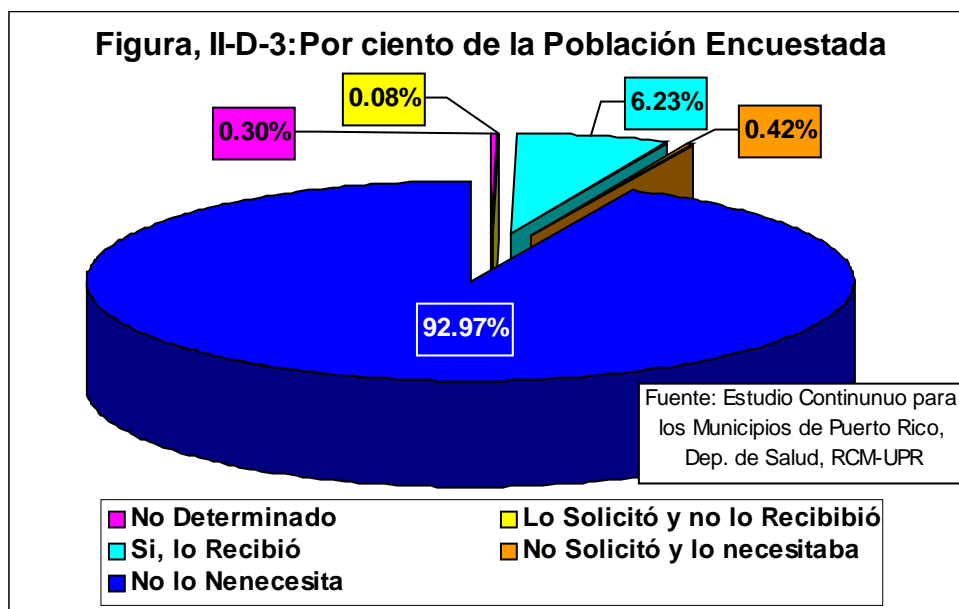
Figura, II-D-1: Personas Atendidas por la Reforma en Salud Mental

Año	Número de Pacientes	Número de Asegurados	% de Acceso o Utilización
1998	66,539	1,462,207	4.6%
1999	102,937	1,670,703	6.2%
2000	125,238	1,795,067	7.0%
2001	125,511	1,730,623	7.3%
2002	146,584	1,623,169	9.0%
2003*	136,937	1,521,848	9.0%

*Preliminar

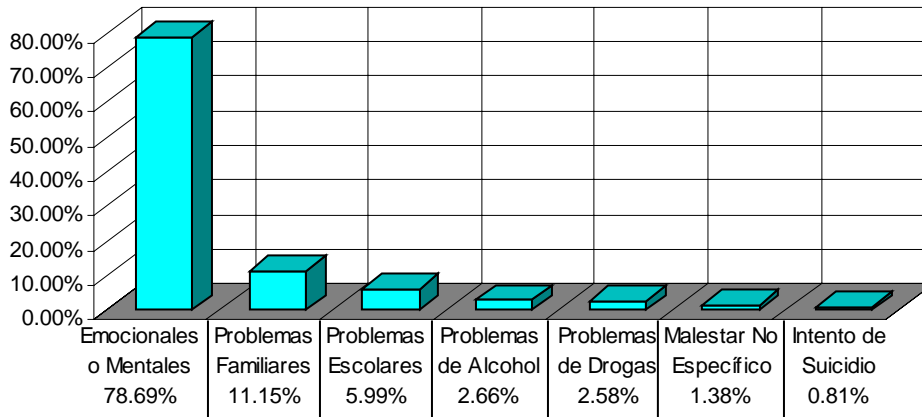


El Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico del 2002, conducido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y el Recinto de Ciencias Medicas de la Universidad de Puerto Rico (RCM-UPR) nos arroja unos resultados similares al por ciento de utilización de los servicios de salud mental de ASES. El 92.97% de la población respondieron que no necesitaban los servicios de Salud Mental. Vemos que la mayoría de la población, a pesar de la patología detectada por los estudios de prevalencia, no accesa los servicios de salud mental y solo un 6.73% (un 0.08% era no determinado) evaluaron los servicios recibidos (ver Figura, II-D-3).



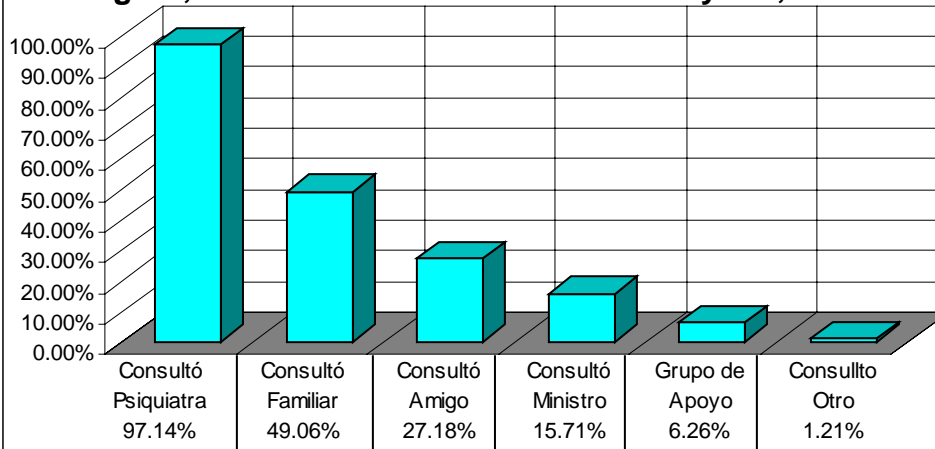
La Figura II-D-4 y la Figura II-D-5 están basadas en el 6.73% de los encuestados y nos refleja un perfil de las razones por la cual solicitan los servicios y a quienes solicitan la ayuda.

Figura, II-D-4: Razones para Solicitar Servicios de Salud Mental, 6.73%



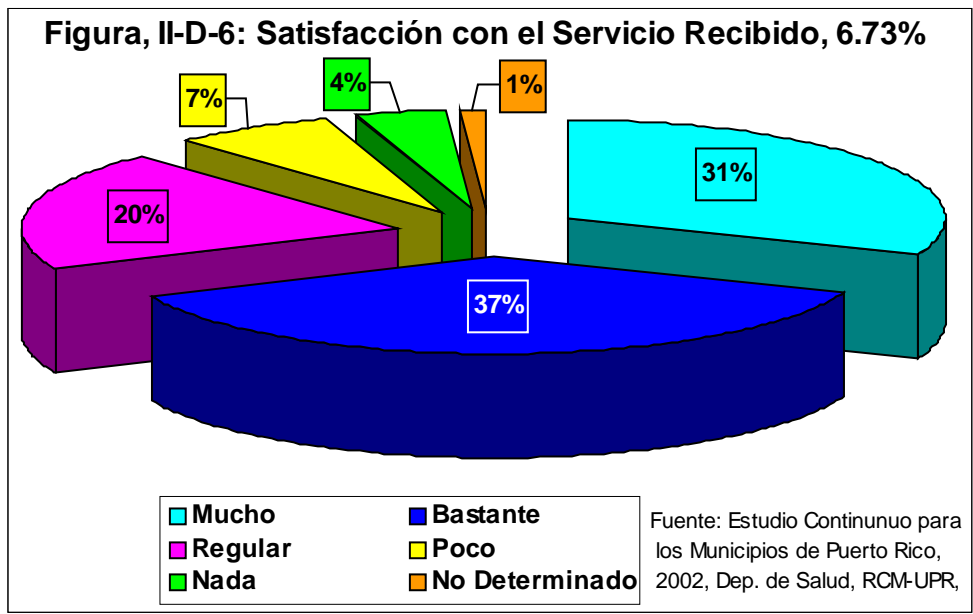
Fuente: Estudio Continuo para los Municipios de Puerto Rico, 2002, Dep. de Salud, RCM-UPR,

Figura, II-D-5: Persona a Quien Solicitó Ayuda, 6.73%



Fuente: Estudio Continuo para los Municipios de Puerto Rico, 2002, Dep. de Salud, RCM-UPR,

La Figura, II-D-6 nos refleja el índice de satisfacción de las personas (6.73%) que han recibido los servicios de salud mental. Pero si utilizamos estas estadísticas para planificar los servicios de salud mental sin tomar en consideración los estudios de prevalencias podríamos tener una falsa percepción de que los servicios de salud mental son adecuados y están llegando a la población totalidad de la población. Debemos de examinar por que tenemos unas discrepancias tan marcadas entre la patología detectada en los estudios de prevalencias y el porcentaje tan bajo de las personas que utilizan los servicios de salud mental.



E. Suicidios

El Suicidio es la manifestación más extrema de la violencia por ser la violencia autoinfligida, contra uno mismo y contra los demás. Se observa en personas de todas las edades. En Puerto Rico es la tercera causa de muerte violenta por los varones de 15 a 34 años. Es un problema social y de salud pública que afecta a todos los sectores. Así como su impacto en el trabajo, en las relaciones interpersonales en escenarios laborales, el ausentismo y la productividad.

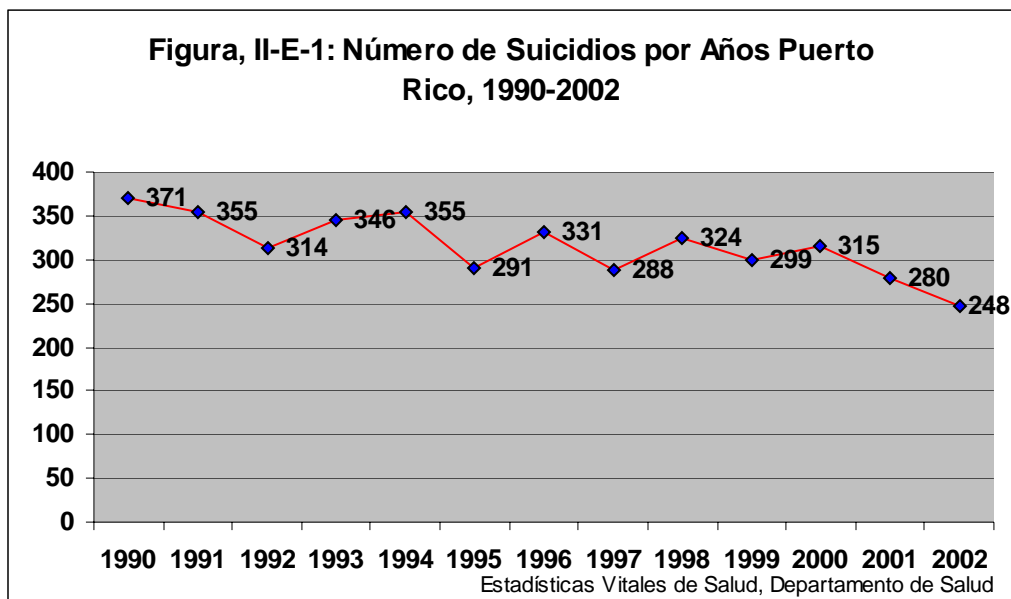
El 90% de los suicidios tienen un diagnóstico psiquiátrico siendo la depresión el trastorno más común y un factor de riesgo de mucho peso. La conducta agresiva (violencia hacia la mujer, los niños, los minusválidos y los ancianos), el uso y abuso de alcohol y drogas con las consabidas secuelas que ello tiene en la familia y la comunidad, también son factores de riesgos.

El historial de un intento previo suicida es uno de los pronosticadores de mucha importancia. Alrededor de 33% de los jóvenes que se suicidan habían tenido un intento previo. Otros factores de riesgo como los factores familiares y los factores genéticos también tienen mucho peso.

Factores familiares como los estudios en Dinamarca señalan que el suicidio en jóvenes es cinco (5) veces más común en los hijos de los padres que se han suicidado. Entre los factores genéticos, tenemos los estudios de gemelos de McGuffin, 2001 que reveló que parientes de primer grado (hermanos de sangre) tenían dos (2) veces mayor riesgo que la población general de suicidio, mientras que los gemelos idénticos tienen once (11) veces mayor riesgo.

Lamentablemente no todos reconocemos la importancia o necesidad de educarnos, adiestrarnos o capacitarnos en el área. La falta de personal preparados, la burocracia que ocupa a muchas de nuestras agencias y el poco compromiso de algunos que hacen que la problemática se acreciente. Por eso, es indispensable buscar ayuda o orientación profesional si identificamos o sospechamos que alguna persona pueda estar contemplando o estar en riesgo del suicidio. (Prevención de Suicidio: Responsabilidad de Todos. 2003)

Desde el año 1990 hasta el 2002, un total de 4,117 personas murieron por suicidio. Un promedio de 343 suicidios por año. Aunque las tasas de suicidio completado sean bajas el número de intentos es altísimo. (Figura, II-E-1).

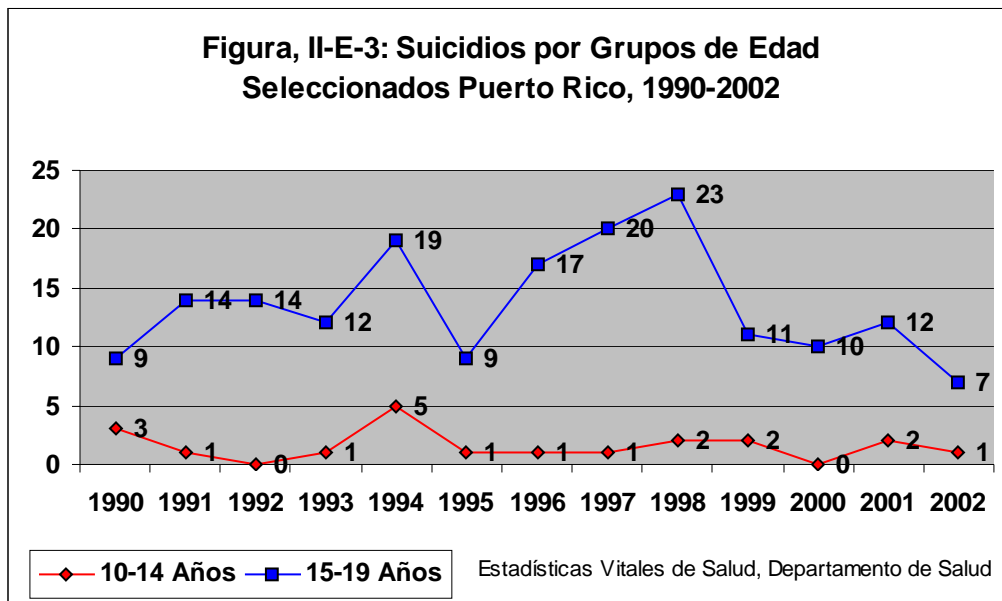


Durante ese mismo periodo un total de 197 niños y adolescentes, entre las edades de 10 a 19 años se quitaron la vida. Un promedio de 16 muertes por suicidio por año en este grupo etéreo. Constituyendo el 5% del total de las muertes por suicidio ocurridos entre 1990 y el 2002. (Figura, II-E-2 y Figura, II-E-3)

Figura, II-E-2: Muerte por Suicidio en Niños y Adolescentes Puerto Rico 1990-2002

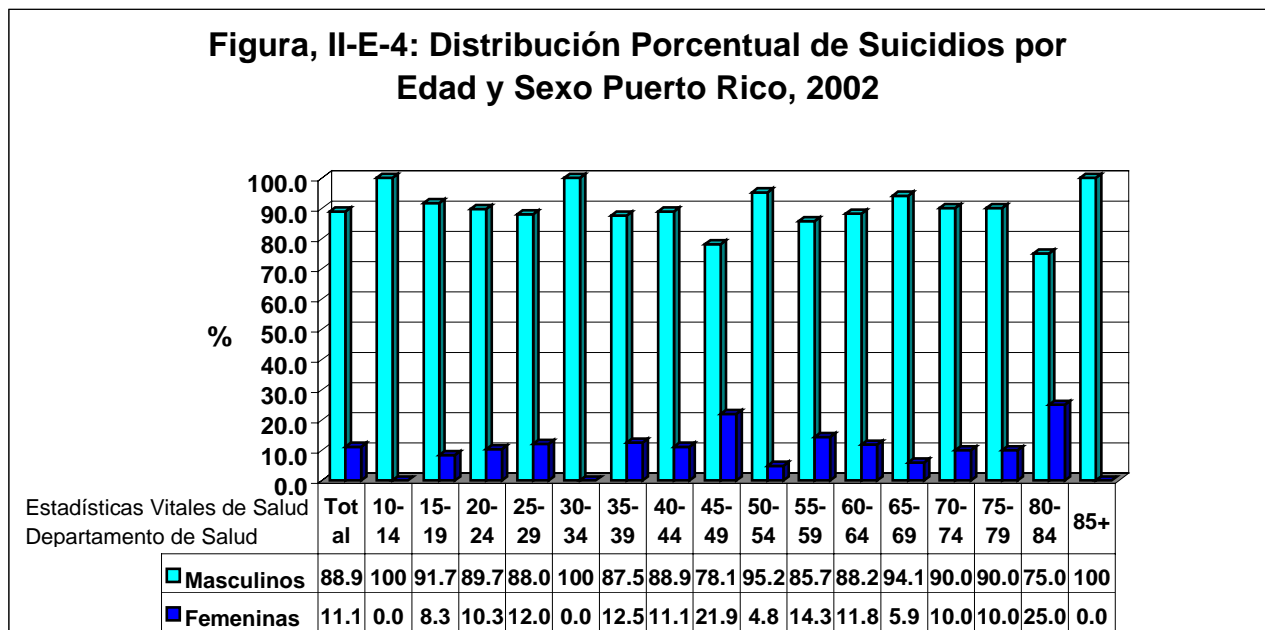
Año	Total	Niños y Adolescentes	10-14 Años	15-19 Años
1990	371	12	3	9
1991	355	15	1	14
1992	314	14	0	14
1993	346	13	1	12
1994	355	24	5	19
1995	291	10	1	9
1996	331	18	1	17
1997	288	21	1	20
1998	324	25	2	23
1999	299	13	2	11
2000	315	10	0	10
2001	280	14	2	12
2002	248	8	1	7

Estadísticas Vitales de Salud
Departamento de Salud 2003

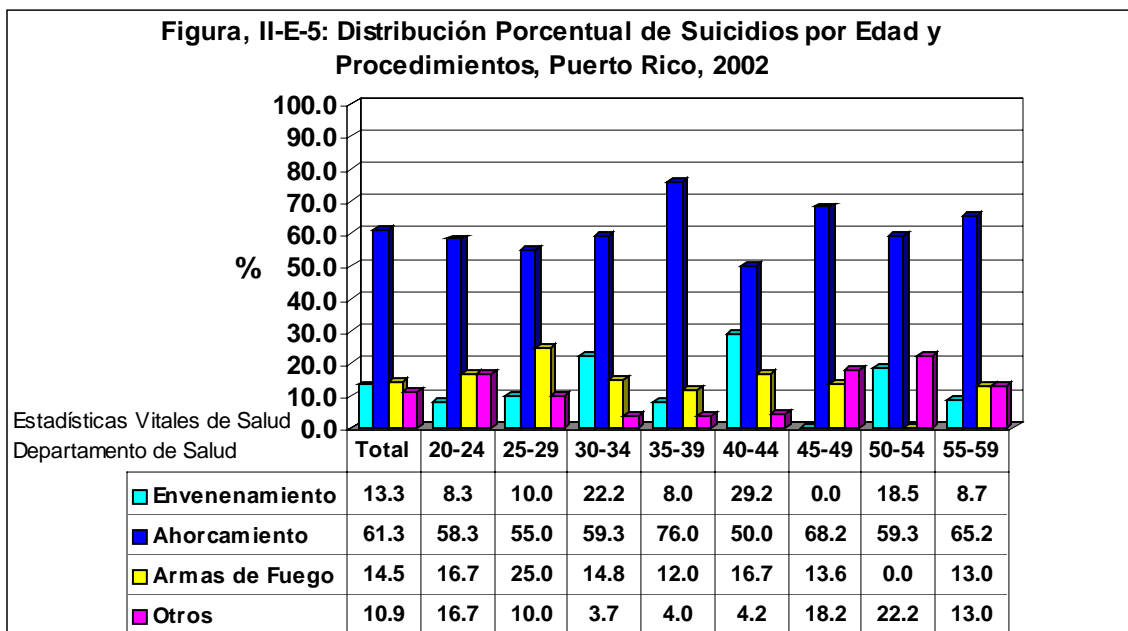


En el 2002 el Centro para el Control de Enfermedades (“Center for Disease Control” [CDC]) señaló que en los Estados Unidos el 19% de los estudiantes de escuela superior consideran seriamente hacer un intento, 15% tenían un plan específico y 2.6% hicieron intentos muy serios.

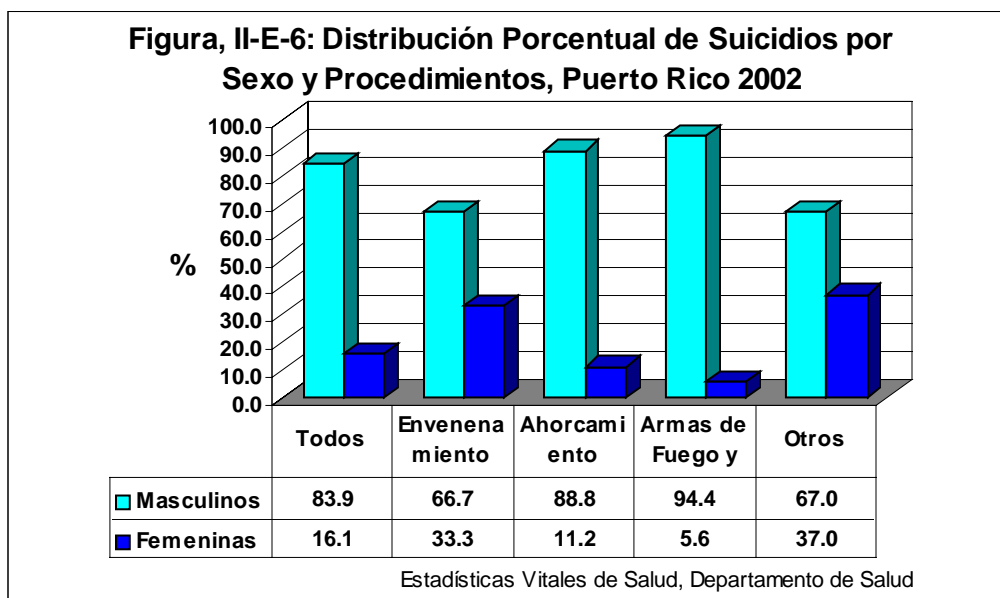
La mayor incidencia de muertes por suicidio en Puerto Rico se observa entre varones en la edad reproductiva de 20 a 54 años. Sin embargo, las mujeres intentan más el suicidio, pero más hombres mueren por suicidio llevando las cifras porcentuales de muerte por suicidio a 88.9% versus 11.1% de las hembras. (Figura, II-E-4)



El método más frecuente en Puerto Rico para quitarse la vida es el ahorcamiento el cual es de 61.3% del total de los suicidios. Pero el segundo y tercer método están estadísticamente alejadas, armas de fuego con 14.5% y envenenamiento con 13.3%. (Figura, II-E-5)



Las personas del sexo masculino utilizan métodos de acción rápida, radicales como el ahorcamiento, armas de fuego y explosivos, lo cual hace sumamente difícil o imposible salvarles la vida. El método más frecuente en las mujeres es el envenenamiento (30%) el cual mayormente se deben a sobredosis de medicamentos. (Figura, II-E-6)



Muchas muertes por suicidio pueden evitarse proveyendo servicios de apoyo, identificación temprana, intervención y manejo especializado. Es indispensable adoptar un enfoque interdisciplinario dirigido a personas, a familias y las comunidades en riesgo, con los

profesionales de ayuda. Los centros de salud, las salas de emergencias de los hospitales generales y de los hospitales psiquiátricos tienen la responsabilidad de atender estas situaciones.

La oferta y prestación actual de servicios con accesibilidad disponibilidad y premura tiene que ampliarse. La investigación científica y clínica proveerá información para la acción: el diseño a la medida, de los servicios para la persona, la familia, la comunidad en crisis por suicidio. Urge concienciar a la comunidad e interesar a los medios de difusión. Es apremiante capacitar a los profesionales.

Los profesionales de la conducta humana identificados en la “Ley de Salud Mental de Puerto Rico” (Ley 408 del 2 de octubre de 2000) no son las únicas personas responsables, por ley, de actuar para evitar un suicidio. El Artículo 90 del Código Penal de Puerto Rico dispone:

Toda persona que deliberadamente permita, ayude, aconseje, incite o coaccione a otra para cometer suicidio, si la muerte se hubiese consumado o intentado, será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años. De mediar circunstancias agravantes la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El Tribunal podrá imponer la pena de restitución en adición a la pena de reclusión establecida, o ambas penas.(33 L.P.R.A. Sec. 1385)

Por lo tanto, la prevención del suicidio no es solamente una responsabilidad moral sino legal en Puerto Rico.

La Ley 227 aprobada el 12 de agosto de 1999, creó la Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio. Tiene la responsabilidad de establecer y articular la política pública y el mandato de promover, desarrollar, implantar y coordinar acciones y estrategias para la prevención del suicidio en Puerto Rico. La celebración de la Semana Nacional para la Prevención del Suicidio (2da semana de agosto cada año), el Día Nacional para la Prevención del Suicidio (12 de agosto), el Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre), el Día Alerta por Navidad (primera semana de diciembre) son algunas de las acciones preventivas establecidas desde el año 2001. El adiestramiento de funcionarios públicos y profesionales de ayuda se ha estado promoviendo entre las once agencias que integran la Comisión.

Urge el desarrollo de servicios para atender a personas en crisis y a sus familias para facilitar su recuperación y su reincorporación a la vida social productiva, sin estigmas. El establecer los protocolos para la identificación, evaluación, intervención, manejo y prevención del suicidio es responsabilidad de la Comisión. El Departamento de Salud cuenta con los servicios de la Línea PAS (ASSMCA) Primera Ayuda Psicosocial y la Línea Interactiva ambas tomando contacto con personas en riesgo de suicidio y con otras necesidades de salud.

Sigue siendo urgente la creación de más servicios, la capacitación de profesionales, las campañas masivas dirigidas a personas, familias y comunidades. Es apremiante que las aseguradoras tengan en su cubierta de salud la atención a personas con problemas emocionales y a personas que exhiben comportamiento suicida, sea expresado como idea de suicidio, amenaza, intento o muerte por suicidio.

Es indispensable dar a conocer la responsabilidad clínica de cada profesional que interviene con el suicidio. Es obligado coordinar los servicios con escuelas, comunidades, grupos religiosos, grupos de apoyo y las universidades.

Un enfoque integrador e interdisciplinario bajo el liderazgo del estado garantiza un abordaje correcto, propio, hecho a la medida de cada persona, familia o comunidad. Integrar esfuerzos y recursos permitirá salvar vidas.

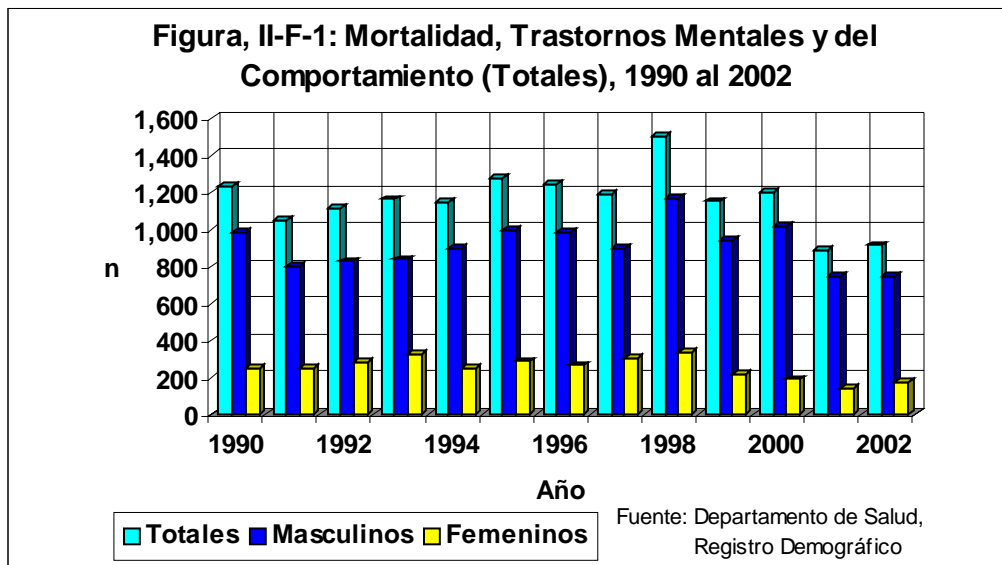
F. Mortalidad

Por su naturaleza etiológica, los Trastornos de Salud Mental y de la Conducta, en la mayoría de los casos, no producen muertes directamente. Con excepción de los Trastornos Orgánicos y Retardación Mental, los trastornos mentales no producen un deterioro fisiológico que pueda desembocar en la muerte de la persona como puede ocurrir en los Infartos del Corazón, Fallo Congestivo, Accidentes Cerebrovasculares, Fallos Congestivos, Septicemia, Pulmonía, Tumores, Embolias, Fallo Renal y Cirrosis.

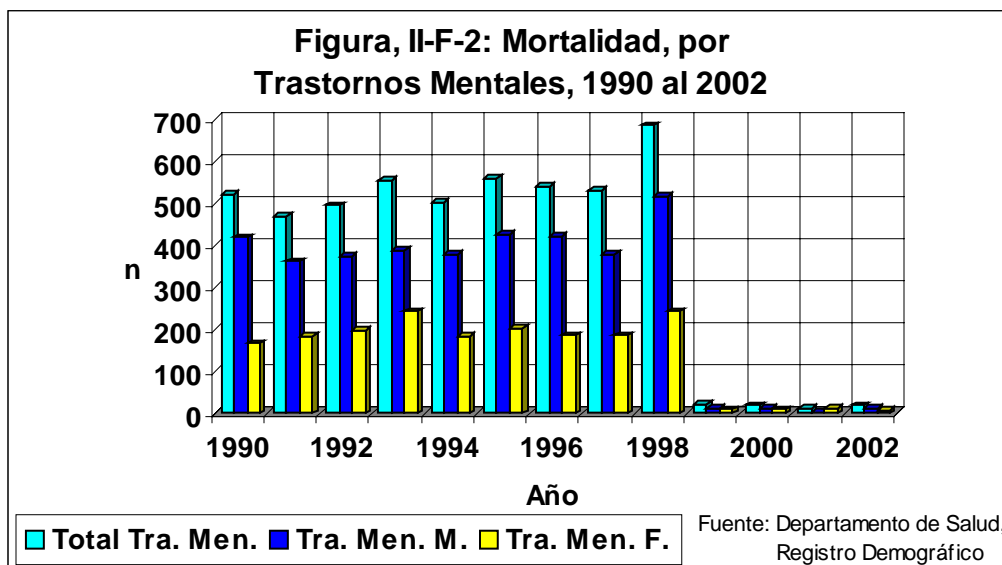
Sin embargo, algunos Trastornos de Salud Mental a través de sus manifestaciones emocionales y/o de conducta pueden provocar deterioro físico, y en algunos casos hasta la muerte, de las personas que sufren de dichas condiciones. Hay otros trastornos mentales que, aún cuando no provocan deterioro físico, pueden exponer al paciente al suicidio, a situaciones de peligro o provocar reacciones en su ambiente que le puedan causar daño como consecuencia de su estado anímico y pobre contacto con la realidad. Ejemplos de estos Trastornos Mentales y/o de conducta son las Depresiones, las Esquizofrenias, los Trastornos Bipolares, los Trastornos Alimenticios (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Pica, etc.), los Trastornos Relacionados a Sustancias (Abuso, Dependencia, Intoxicación, Sobredosis, Síndrome de Retirada, Psicosis, Delirios o Delirium inducidos por Sustancias, incluyendo Alcohol, Drogas Legales e Ilegales). Cuando una muerte se relaciona a una de estas condiciones se clasifica como tal respecto a la causa de muerte.

Para propósitos de este análisis, los Trastornos de Salud Mental y de la Conducta se dividen en cuatro (4) sub-clasificaciones. Estos son los Trastornos Mentales, los Trastornos de Sustancias, Retardación Mental y Trastornos Orgánicos. Cabe señalar, que a partir del 1999 algunos Trastornos Mentales se clasificaron como trastornos orgánicos.

La Figura, II-F-1 nos presenta desde el 1990 al 2002 la mortalidad total de los Trastornos de Salud Mental y de la Conducta, incluyendo las cuatro sub-clasificaciones antes mencionadas. En esta grafica están incluidos los totales por año y están divididos por sexo.

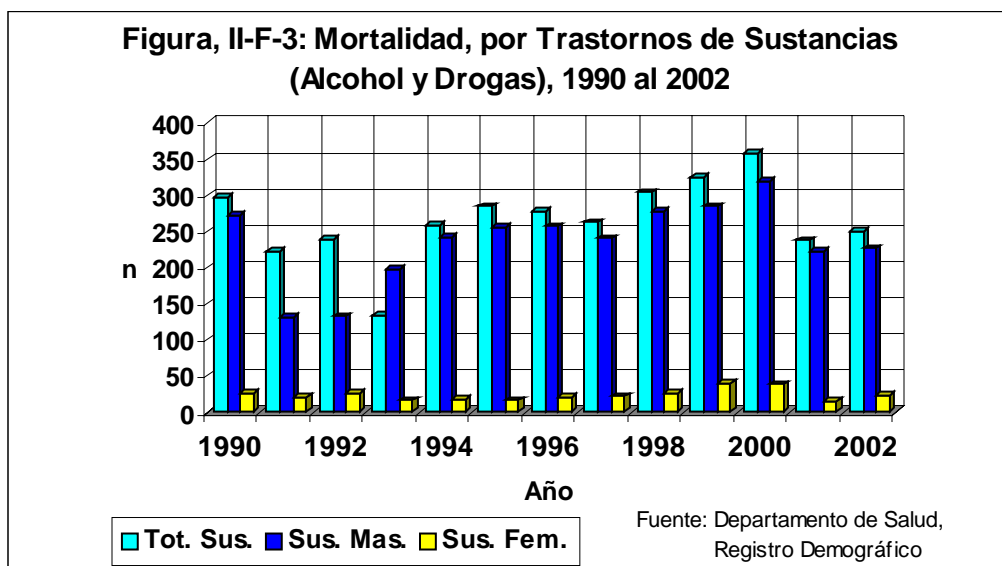


La Figura, II-F-2 nos presenta las muertes relacionadas a los Trastornos Mentales, como las Esquizofrenias, las Depresiones, Trastornos Bipolares y Trastornos Alimenticios (los Trastornos de Sustancias, Retardación Mental y Orgánicos están excluidos). Sin embargo, desde el 1999 hasta el 2002 tenemos un cambio dramático al compararlas con los números del 1990 al 1998. Esto puede obedecer a que para el 1999 se cambiaron las definiciones de las clasificaciones de enfermedades del Registro Demográfico de Puerto Rico del “International Classification of Diseases Clinical Modification, 9th Revision” (ICD-9-CM) al “International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)”. La disminución de las muertes podría deberse a que, posiblemente, habían unos diagnósticos clasificados bajo los Trastornos Mentales que fueron reclasificados bajo los Trastornos Orgánicos y también influenciados por mejores parámetros de criterios de diagnósticos, especialmente entre los Trastornos Mentales y los Trastornos de Sustancias (compare con Figuras II-F-5 y II-F-7).

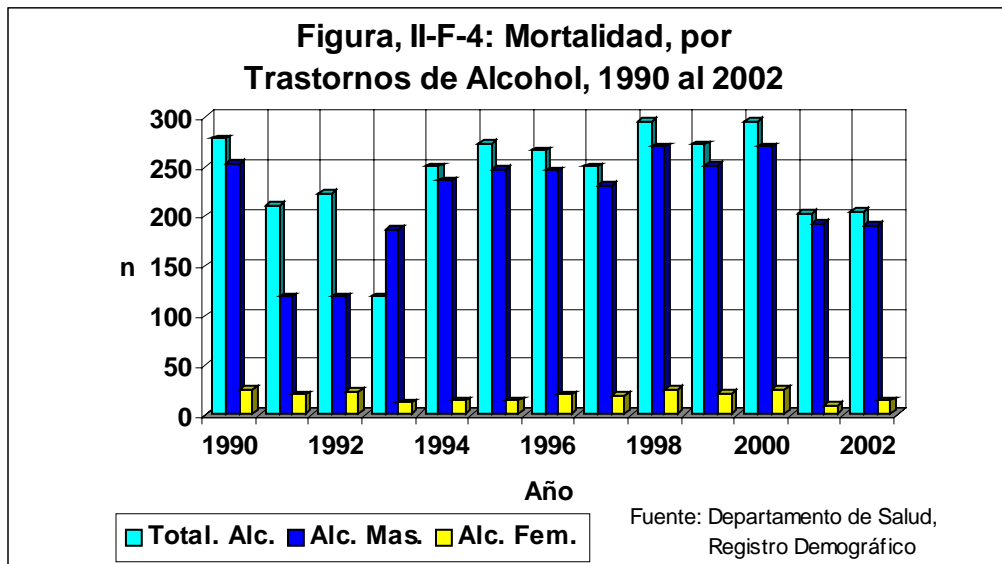


La Figura, II-F-3 se limita a agrupar todas las muertes desde el 1990 al 2002 relacionadas a Sustancias, en las que se incluyen sustancias como el alcohol y todas las

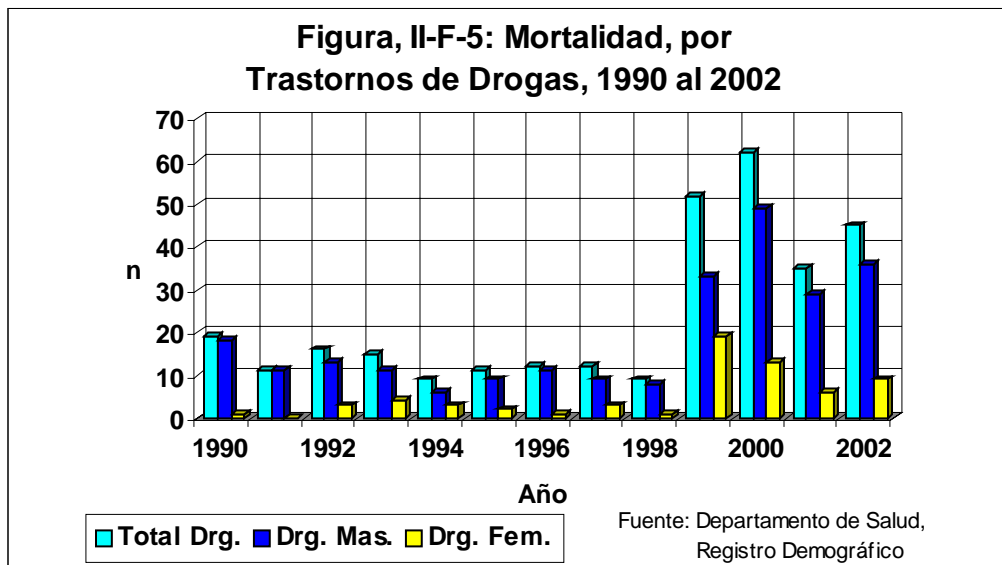
drogas legales (Xanax, Valium, Percocet, Morfina y otros) e ilegales (Cocaína, Crack, Té de Campana, Éxtasis y otros).



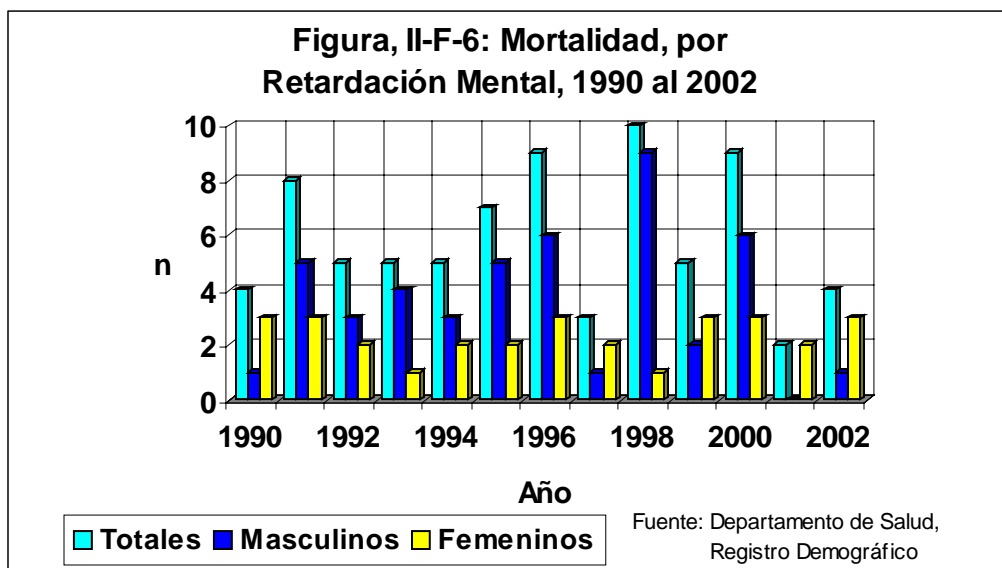
Debido a la magnitud del problema de sustancias y la necesidad de diseñar modelos apropiados para intervenciones de tratamiento y de prevención, se han sub-clasificado en dos grupos: las relacionadas con alcohol y otras drogas no relacionadas con este. Figura, II-F-4 nos presenta las muertes relacionadas con trastornos vinculados con el alcohol desde 1990 al 2002.



La Figura, II-F-5 nos presenta las muertes desde 1990 al 2002 relacionadas con otras drogas no vinculadas con el alcohol, que incluye las drogas legales e ilegales.

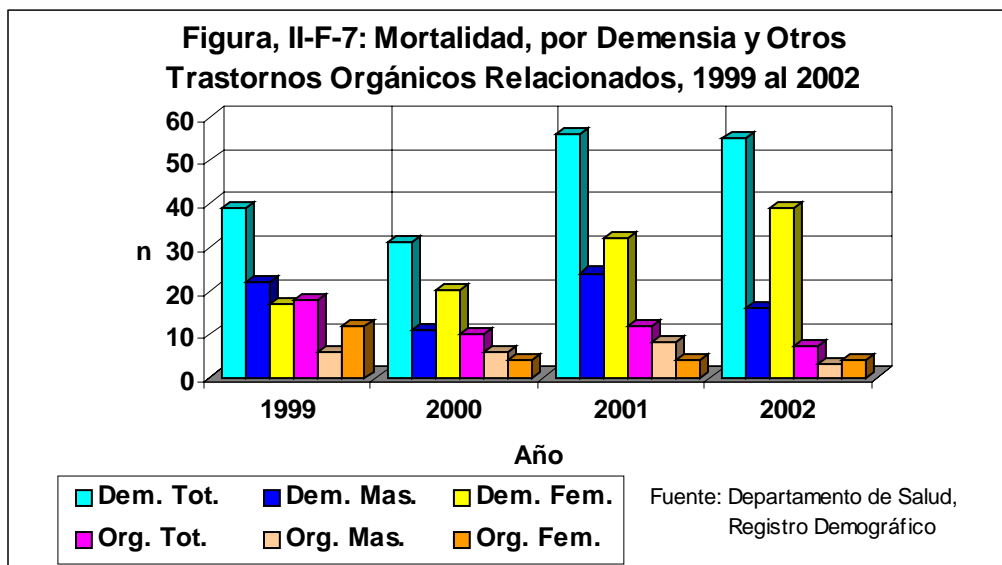


Muchas personas con diagnósticos de retardo tienen condiciones genéticas que pueden incluir malformaciones fisiológicas que deterioran su condición física o que producen la muerte como en las malformaciones cardíacas o enfermedades metabólicas. Sin embargo, por sus limitaciones cognitivas, algunas de las personas de esta población podrían exponerse a situaciones de peligro que/o podrían auto-inflingirse daño, lo que podría desembocar en muerte. Cuando la muerte se relaciona con esta condición, se clasifica como tal. La Figura, II-F-6 nos presenta la mortalidad de esta población desde el 1990 al 2002.



Al cambiarse las definiciones de las clasificaciones de enfermedades del Registro Demográfico de Puerto Rico del “International Classification of Diseases Clinical Modification, 9th Revision” (ICD-9-CM) al “International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)”, los trastornos orgánicos se clasificaron en dos grupos: las demencias y otros trastornos orgánicos. El primero esta compuesto por aquellas personas que mueren por consecuencia de una demencia tipo “Alzheimer”, por trastornos y accidentes cerebrovasculares o por condiciones de origen genético como Huntington, Parkinson, Pick’s. El segundo grupo incluye el resto de los Trastornos Orgánicos que no son Demencias, entre los cuáles se encuentran el Síndrome

de Korsakov, Delirium no relacionados al Alcohol, Trastornos Orgánicos relacionados a Enfermedades Sistémicas o Metabólicas y Trastornos Orgánicos relacionados a Enfermedades Infecciosas. Como los Trastornos de Origen Orgánico se clasificaron y señalaron como tal a partir del 1999, no aparecen en la parte de Salud Mental previo a ese año (Figura, II-F-7).



Debido a los cambios del sistema de clasificaciones de enfermedades del Registro Demográfico de Puerto Rico del “International Classification of Diseases Clinical Modification, 9th Revision” (ICD-9-CM) al “International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)” y coincidiendo simultáneamente con los cambios en los modelos y practica de prestación de servicios de salud (tanto en el nivel publico como en el privado) nos presenta muchas variables que hace muy difícil darle una interpretación científica a estas estadísticas. Sin Embargo lo que podemos inferir de estos datos es que los varones superan de una manera significativa a las hembras en tres (3) categorías: Trastornos Mentales, Trastornos de Sustancias y Retardación Mental. Sin Embargo en los Trastornos Orgánicos las distribuciones tienden a variar, y en algunos casos (no consistentemente), las hembras superan a los varones. La explicación que, por el momento, se le puede dar a estos datos es la mortalidad de los Trastornos Mentales de Sustancias y Retardación Mental responden a la conducta de estas personas inducidas por su Trastorno Mental y posiblemente por la conducta más agresiva de los varones podemos observar estas diferencias significativas en las estadísticas. Sin embargo los trastornos Orgánicos obedecen a daños fisiológicos que en la mayoría de los casos no están provocadas por la conducta del individuo y responden a otras etiologías de daño o deterioro orgánico como pueden ser las enfermedades metabólicas, malformaciones congénitas y hasta aspectos hereditarios fisiológicos.

III. Prevalencia de los Servicios de Alcohol y Drogas (Substancias) en Puerto Rico

El uso y abuso y dependencia de sustancias es el problema socio-médico de mayor impacto en la población de Puerto Rico, en especial a los adolescentes y adultos jóvenes. No sólo por su magnitud, sino por el alcance y severidad de sus consecuencias. La problemática de la adicción es considerada hoy día uno de los asuntos de política pública de mayor urgencia. El fenómeno del uso y abuso de sustancias se caracteriza por cambios rápidos y continuos en los tipos de drogas de uso y en la extensión de su uso. Durante las últimas tres décadas, los patrones de consumo de sustancias han experimentado varios cambios súbitos como el auge

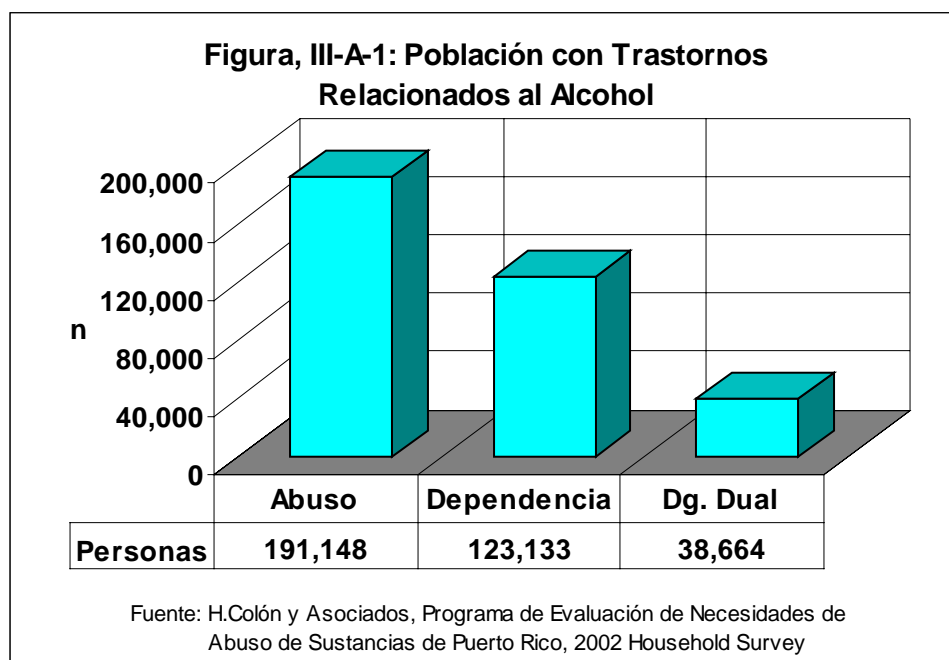
en el uso de cocaína durante los inicios de la década del 80, el crack durante los años 90 y más recientemente el auge en el uso de las llamadas drogas de diseño.

Aunque los trastornos por uso y abuso de sustancias (incluyendo alcohol) son considerados trastornos de salud mental (DSM-IV-TR, APA, 2003), su impacto en la vida de las personas y en nuestra sociedad, nos lleva frecuentemente a considerarlos por separado para destacar su importancia. Estos estimados de prevalencia de abuso y adicción a drogas o alcoholismo (dependencia al alcohol) no se refieren al uso o consumo de estas sustancias. Se refieren a llenar criterios diagnósticos de abuso y/o dependencia a estas sustancias.

A. Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico (Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program) “2002 Household Survey” y el “2002 Providers Survey”

El estudio más reciente sobre este tema fue realizado por el Dr. Héctor Manuel Colón y asociados (Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, “2002 Household Survey”) en el 2003 para ASSMCA. En éste estudio se analizan las prevalencias entre las edades de 15 a 64 años del uso de alcohol, los trastornos relacionados al uso y dependencia de drogas, la utilización de los servicios para los problemas de alcohol y drogas, y la demanda potencial de servicios a esta población.

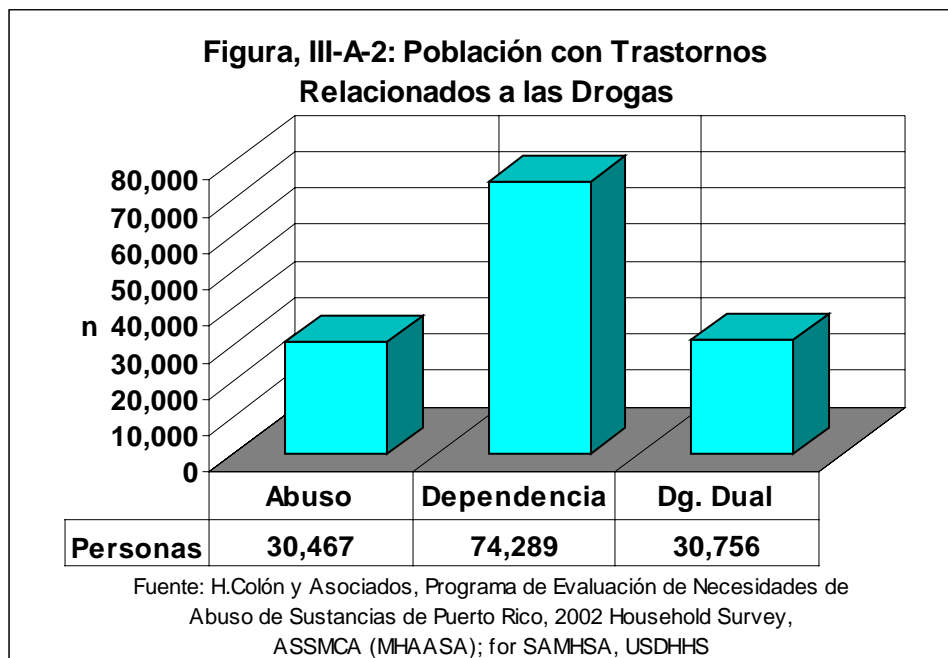
Entre los datos más reveladores respecto al alcohol, el 7.7 % de la muestra del estudio cumplió con los criterios de abuso de alcohol, (191,148 personas) mientras que 4.9% de la muestra cumplió con los criterios de dependencia de alcohol (123,133 personas). De las personas con criterios de dependencia de alcohol el 31.4% tenían otro diagnóstico de salud mental o “diagnostico dual” ya que estas personas cumplían con los criterios de una depresión severa o un trastorno de ansiedad generalizada (Figura, III-A-1).



De las personas con dependencia de alcohol que requieren servicios especializados de tratamiento sólo un 10.6% recibieron dichos servicios. El potencial de demanda para el

tratamiento de dependencia de alcohol se estimó ser el doble del actual o sea, 21.1%.

Respecto a los problemas de drogas, los cuales incluye usos no-médicos de medicamentos prescritos y drogas ilícitas, tenemos que un 1.2% de la población de Puerto Rico (30,467 personas) cumplían con los criterios de abuso de drogas. Mientras que el 3.0% de la población (74,289 personas) cumplían con los criterios para la dependencia de drogas. De las personas con criterios de dependencia de drogas el 41.4% (30,756 personas) tenía otro diagnóstico de salud mental o “diagnóstico dual” ya que estas personas cumplían con los criterios de una depresión severa o ansiedad generalizada (Figura, III-A-2).

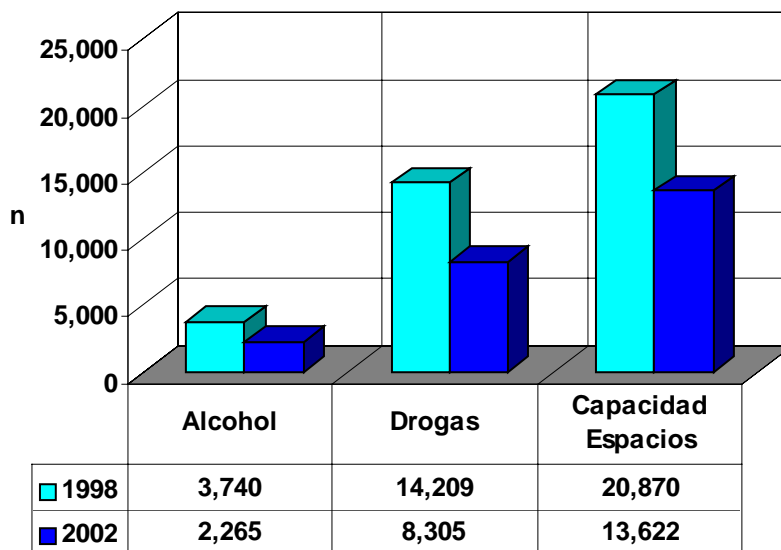


De las personas con dependencia a drogas que requieren servicios especializados de tratamiento el 27.3% lo recibió. El potencial de demanda para el tratamiento de dependencia de drogas se estimó en uno y medio más del actual, o sea 41.9%.

Siguiendo el estudio del “2002 Household Survey” del “Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico del 2003” para ASSMCA el Dr. Héctor Manuel Colón y asociados complementaron este estudio con el “2002 Providers Survey”. Este estudio analiza los servicios directos de alcohol y drogas provistos a la población de Puerto Rico a través de los proveedores, y los compara con los resultados del 1998 que se hicieron con el mismo instrumento y metodología del 2002.

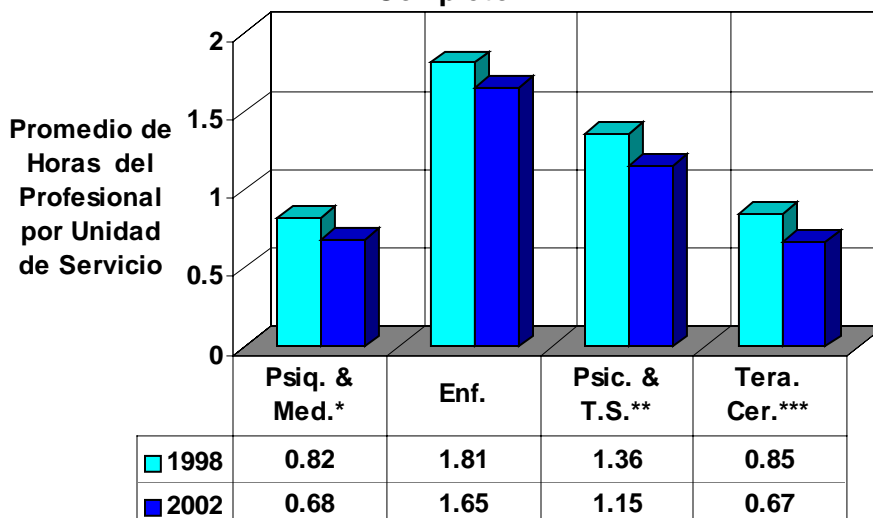
En este estudio se puede apreciar la reducción de servicios que ocurrió como consecuencia de la implantación de la “Reforma” en la salud mental de Puerto Rico. El sistema de tratamiento en el área de sustancias en Puerto Rico se redujo aproximadamente un tercio (1/3) desde el 1998 hasta el 2002. La población tratada por trastornos relacionados al alcohol durante un periodo de 30 días era aproximadamente de 3,740 en el 1998 y en el 2002 era de 2,265, una reducción de un 39.4%. La población de pacientes tratados por drogas se redujo de 14,209 pacientes en el 1998 a 8,305 en el 2002, una reducción de 41.6%. La capacidad de espacios para tratamientos de 30 días bajó de 20,870 en el 1998 a 13,622 espacios en el 2002 (Figura, III-A-3). Las posiciones equivalentes a tiempo completo se redujeron de forma similar, un 36.7% (Figura, III-A-4).

Figura, III-A-3: Espacios con Capacidad de TX por 30 Días de Sustancias



Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, 2002 Household Survey

Figura, III-A-4: Posiciones Equivalente a Tiempo Completo

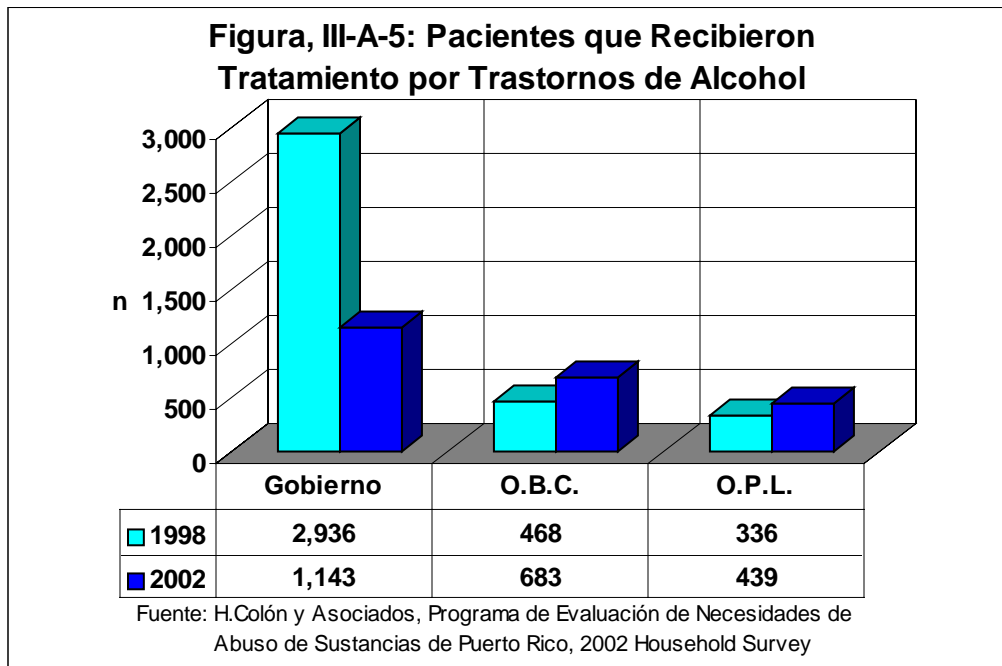


Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, 2002 Household Survey

- * Incluye Psiquiatras y Médicos
- ** Incluye, Psicólogos y Trabajadores Sociales
- *** Incluye, Terapeutas Certificados

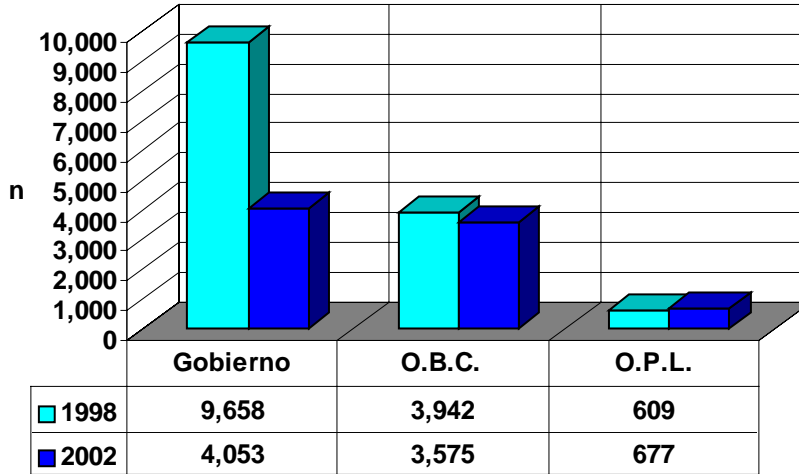
La población de pacientes tratados por el sector gubernamental para los trastornos de alcohol se redujo por 61.1% desde el 1998 al 2002. La población de pacientes tratados por los otros dos sectores aumentó, el sector de las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.)

aumentaron un 30.7% y las Organizaciones de Base Comunitarias (O.B.C.) aumentaron un 45.9%. Sin embargo, la reducción de la población de los pacientes del sector gubernamental de trastornos de alcohol no fue compensada por el aumento en los otros dos sectores ya que los porcentajes de cada sector solamente se pueden comparar consigo mismo. O sea, que la reducción gubernamental de 61.1% se traduce a 1,793 pacientes mientras que el aumento del sector de las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.) de 30.7% equivale a 103 pacientes y el aumento de las Organizaciones de Base Comunitarias (O.B.C.) de 45.9% se traduce a 215 pacientes. Obviamente el aumento de 318 pacientes, combinando el aumento de los pacientes de las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.) y las Organizaciones de Base Comunitarias (O.B.C.) no compensan la pérdida de 1,793 pacientes del sector del gobierno (Figura, III-A-5).



De forma similar, la reducción de pacientes tratados por trastornos de drogas en el sector gubernamental disminuyó un 58.8% (5,605 pacientes) desde el 1998 al 2002. Pero la población de pacientes con trastornos de drogas tratados por los otros dos sectores en el 2002 se han mantenido prácticamente en los mismos niveles del 1998. En el sector de las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.) aumentaron 68 pacientes y en el sector de las Organizaciones de Base Comunitarias (O.B.C.) hubo una disminución de 367 pacientes. Por lo tanto, se han perdido tratamiento para 5,904 pacientes (Figura, III-A-6).

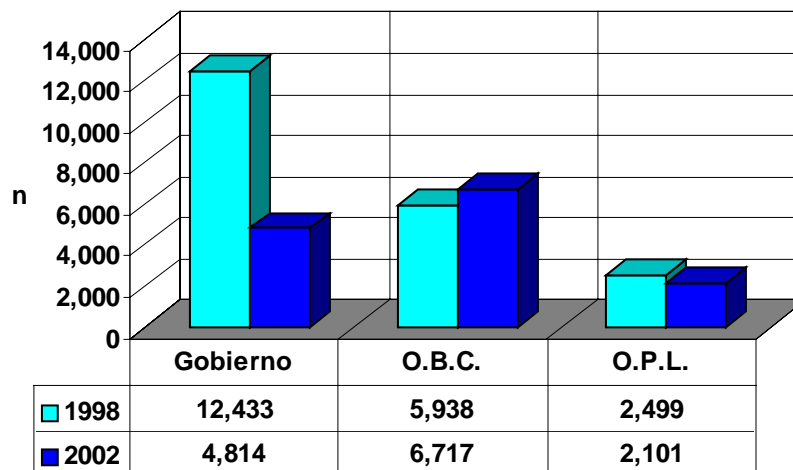
Figura, III-A-6: Pacientes que Recibieron Tratamiento por Trastornos de Drogas



Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, 2002 Household Survey

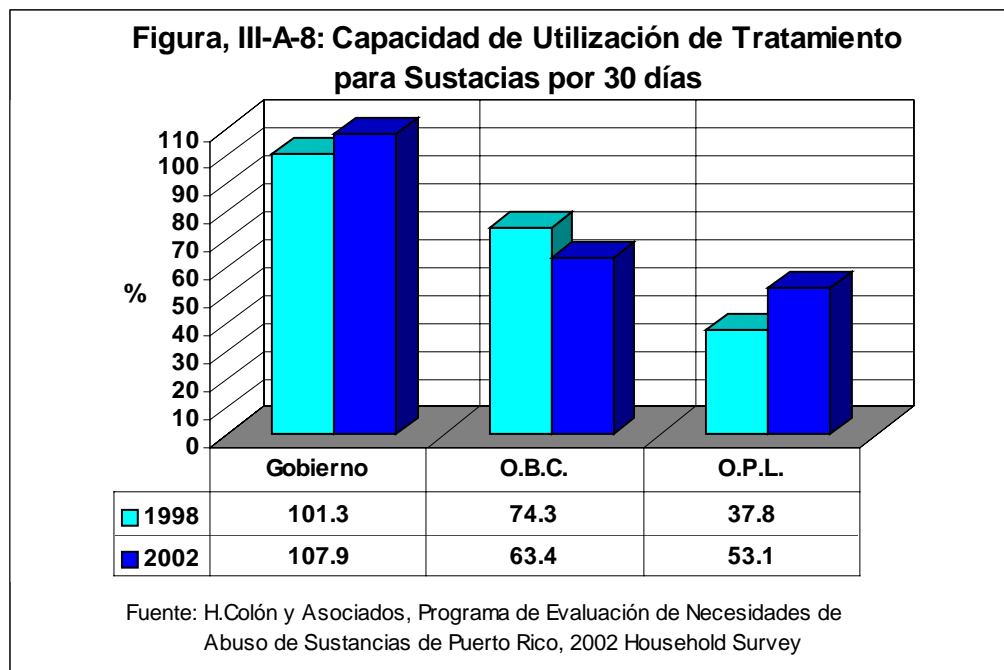
La capacidad de espacios para tratamientos de sustancias por 30 días en el sector gubernamental se redujo un 61.3% desde el 1998 al 2002, mientras que la capacidad de tratamiento en los otros sectores variaron levemente desde el 1998 al 2002. El sector de las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.) disminuyó un 15.9% al 2002 mientras que en el sector de las Organizaciones de Base Comunitarias (O.B.C.) aumentaron un 13.1%. Llevando esto a números directos, la pérdida de 61.3% es de 7,619 espacios de tratamientos de sustancias mientras que la disminución del sector privado de 15.9% se traduce a 398 espacios de tratamientos de sustancias y el aumento de 13.1% de las organizaciones de base comunitaria es de 779 espacios de tratamientos de sustancias (Figura, III-A-7).

Figura, III-A-7: Capacidad de Espacios de Tratamiento de 30 Días



Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, 2002 Household Survey

La capacidad de utilización del sector gubernamental fue sobre 100% en ambas encuestas. La capacidad de utilización de las Organizaciones de Base Comunitarias (O.B.C.) disminuyó de 74.3% en el 1998 a 63.4% en el 2002 y la capacidad de utilización de las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.) aumentó de 37.8% en el 1999 a 53.1% en el 2002 (Figura, III-A-8).



B. Uso de Sustancias en los Escolares de Puerto Rico

Con el propósito de mantener un sistema de vigilancia continuo de los patrones de consumo de sustancias entre los adolescentes se desarrolló el programa de encuestas conocido como Consulta Juvenil. La repetición periódica de la encuesta permite examinar el patrón de uso de sustancias entre los escolares y sus cambios en el tiempo. Consulta Juvenil provee información válida y confiable que ayuda en la elaboración de política pública y en la planificación de programas preventivos para la población adolescente.

Consulta Juvenil es un proyecto comisionado a un grupo de investigadores del Departamento de Medicina de Familia y Salud Comunal de la Universidad Central del Caribe (U.C.C.), del Centro de Estudio en Adicción de la Universidad Central del Caribe, de la Universidad de Puerto Rico y del personal de la Administración Auxiliar de Prevención y Promoción de la Salud Mental de La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).

Estos datos son los resultados de la quinta Consulta Juvenil realizada durante los años académicos 2000-01 y 2001-02. La muestra representativa de todos los estudiantes del nivel elemental (grados quinto y sexto), intermedio y superior de las escuelas públicas y privadas de Puerto Rico consistió de 277 escuelas, de las cuales se pudo realizar la encuesta en 266. Participaron en esta encuesta 7,939 estudiantes de quinto y sexto grado, 7,638 estudiantes del nivel intermedio y 7,211 estudiantes del nivel superior, para una tasa de participación global del 81.5% de todos los estudiantes seleccionados para participar. Los resultados han sido ponderados para representar a los 426,038 estudiantes entre el quinto y el duodécimo grado en Puerto Rico.

Resumen de Hallazgos

Pre-adolescentes – Escuela Elemental – (5to – 6to grado)

- Las sustancias más utilizadas alguna vez en la vida por los estudiantes de quinto y sexto grado fueron el alcohol (34.4%), los cigarrillos (6.1%) y los inhalantes (2.7%).
- Los estudiantes de sexto grado informaron mayor uso de cigarrillos y alcohol que los estudiantes de quinto grado.
- Los varones informaron más uso de cigarrillos y alcohol que las féminas.
- Entre Consulta IV (1997-98) y Consulta V (2000-02) se observó una disminución en el uso de cigarrillos para los estudiantes de quinto y sexto grado.

Escuela Intermedia (7mo – 9no grado)

- Las sustancias más utilizadas por estudiantes de escuela intermedia alguna vez en la vida fueron el alcohol (43.6% y los cigarrillos (16.2%).
- Un 6.9% indicó haber utilizado otras drogas ilícitas, siendo la marihuana (4.3%) y los inhalantes (3.2%) las más utilizadas.
- No se encontró diferencia significativa entre ambos géneros en su uso de alcohol y otras drogas. Los varones informaron más uso de cigarrillos que las féminas.
- El uso de sustancias aumentó a medida que aumentaba el grado escolar; uso de cigarrillos (10.8% séptimo, 24.9% noveno), alcohol (32.2% séptimo, 60.5% noveno) y otras drogas (5.4% séptimo, 10.1% noveno).
- Entre Consulta IV (1997-98) y Consulta V (2000-02) se observó un descenso en el uso de cigarrillos, alcohol y otras drogas.

Escuela Superior (10mo – 12mo grado)

- El 76.2% de los estudiantes de escuela superior reportaron uso de alcohol alguna vez y el 40.8% reportó uso de cigarrillos.
- Un 20.7% indicó haber utilizado otra droga ilícita, siendo la marihuana (19.1%) y las llamadas drogas de diseño (3.8%) las más utilizadas.
- El uso de sustancias aumenta a medida que aumenta el grado escolar en el que está el estudiante, esto es, uso de cigarrillos (34.6% décimo, 49.7% duodécimo), alcohol (71.6% décimo, 82.8% duodécimo) y otras drogas (16.3% décimo, 26.9% duodécimo).
- Los varones reportan más uso de cigarrillos, alcohol y otras drogas que las féminas.
- Entre Consulta IV (1997-98) y Consulta V (2000-02) se observó un descenso en el uso de cigarrillos y alcohol, pero no en el uso de otras drogas.

Análisis por Sustancias

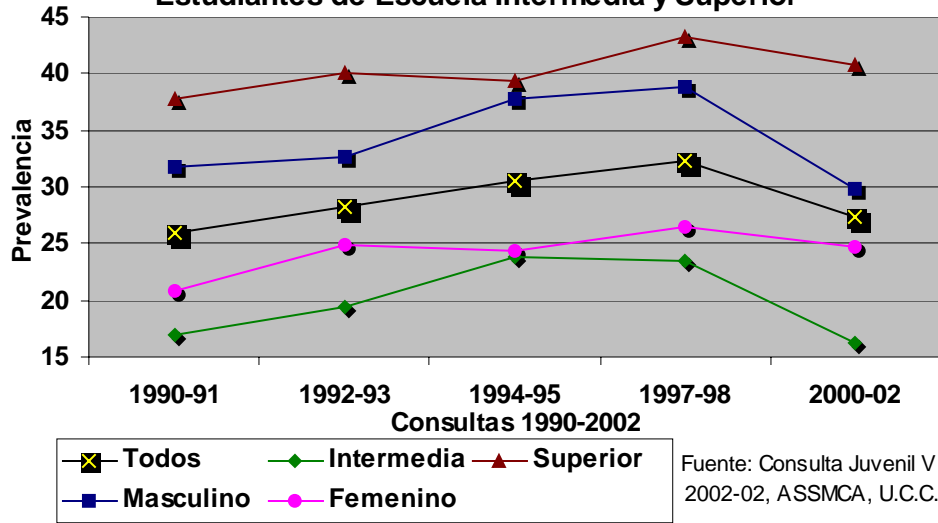
(a). Cigarrillos

El por ciento de escolares que han fumado cigarrillos alguna vez en la vida mostró un crecimiento leve pero sostenido durante la década de los años 90 (de 25.9% en el 1990-91 a 32.3% en el 1997-98). Por vez primera, se observó una reducción de 5.0 puntos porcentuales en la Consulta del 2000-02. La reducción reciente fue observada tanto entre los estudiantes de nivel intermedia como en los de nivel superior, así como entre los varones y entre las hembras (Figuras III-B-1 y III-B-2).

Figura, III-B-1: Prevalencia de Uso de Cigarrillos (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	25.9	28.3	30.5	32.3	27.3
Nivel Escolar					
Intermedia	16.9	19.4	23.8	23.5	16.2
Superior	37.7	40	39.4	43.2	40.8
Género					
Masculino	31.7	32.6	37.8	38.9	29.9
Femenino	20.8	24.8	24.3	26.5	24.7

**Figura, III-B-2: Tendencias de Uso de Cigarrillos (Alguna Vez),
Estudiantes de Escuela Intermedia y Superior**

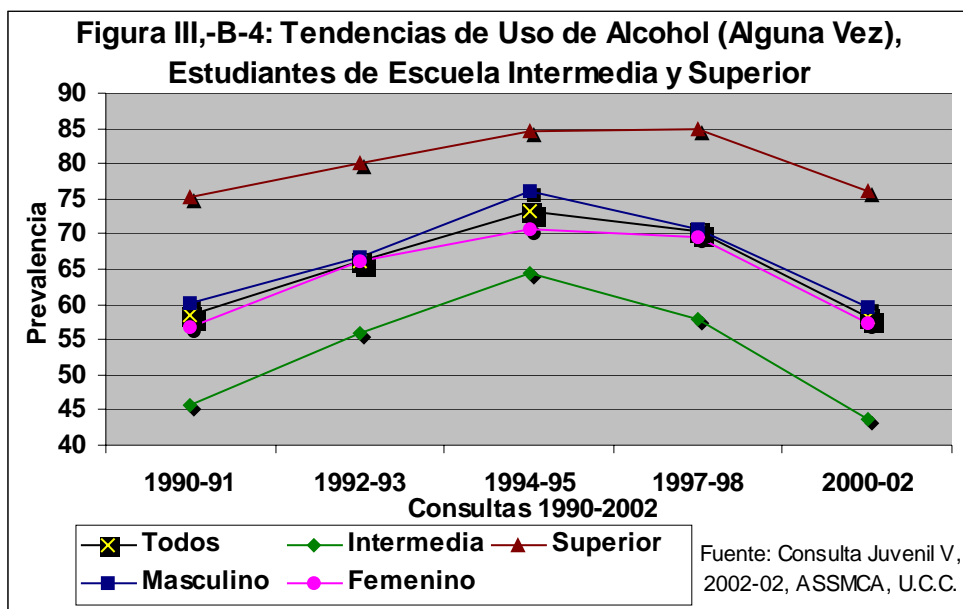


(b). Alcohol

Por segunda ocasión consecutiva se observó una reducción en el por ciento de adolescentes escolares que han usado alcohol alguna vez en la vida. El por ciento de uso del alcohol había mostrado un crecimiento de 14.6 puntos porcentuales entre el 1990-91 y el 1994-95. En la Consulta del 2000-2002, el por ciento de uso de alcohol bajó al nivel de 1990, 58.3%. Esta reducción es aparente tanto entre los estudiantes de nivel intermedio como los de nivel superior y entre los varones como entre las hembras (Figuras, III-B-3 y III-B-4).

Figura, III-B-3: Prevalencia de Uso de Alcohol (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	58.5	66.2	73.1	70.3	58.3
Nivel Escolar					
Intermedia	45.8	55.8	64.5	58	43.6
Superior	75.3	80	84.5	85	76.2
Género					
Masculino	60.3	66.6	76.1	70.8	59.7
Femenino	56.8	66	70.8	69.6	57.3

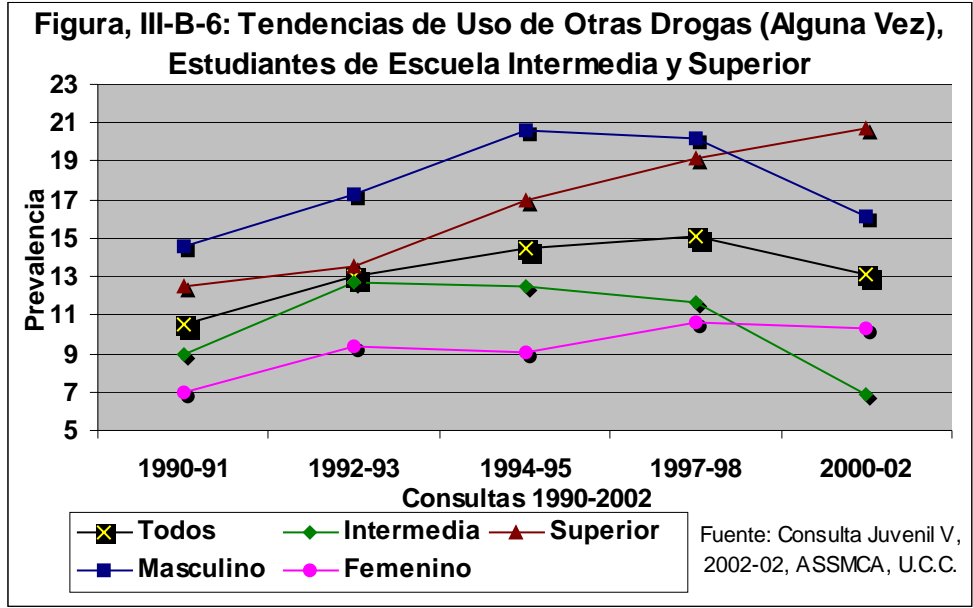


(c) Drogas Ilícitas

El uso alguna vez de drogas ilícitas (marihuana, inhalantes, cocaína, crack) mostró, al igual que el uso del cigarrillo, un crecimiento leve pero sostenido durante la década de los años 90 (de 10.5% en el 1990-91 a 15.1% en el 1997-98). Por vez primera, se observó una reducción de 2.0 puntos porcentuales en la consulta del 2000-02. La reducción reciente fue observada entre los estudiantes de nivel intermedio, no así entre los de nivel superior. La reducción también fue observada entre los varones y entre las hembras (Figuras, III-B-5 y III-B-6).

Figura, III-B-5: Prevalencia de Uso de Drogas (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	10.5	13	14.5	15.1	13.1
Nivel Escolar					
Intermedia	9	12.7	12.5	11.7	6.9
Superior	12.5	13.5	17	19.1	20.7
Género					
Masculino	14.6	17.3	20.6	20.2	16.1
Femenino	7	9.4	9.1	10.6	10.3

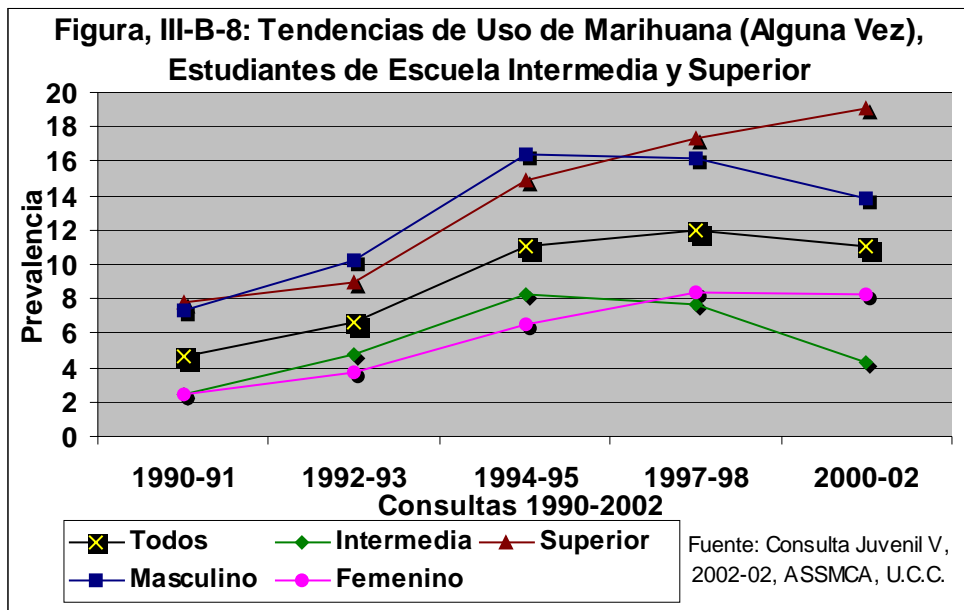


(d) Marihuana

El crecimiento rápido en el por ciento de uso alguna vez de marihuana observado durante los años 90 parece haberse detenido y podría haber comenzado a descender. Entre el 1990-91 y el 1997-98, el por ciento de adolescentes que había hecho uso alguna vez de marihuana aumentó de un 4.7% a un 12.0%. Por primera vez en la Consulta del 2000-02, se observó una reducción de 1.0 punto porcentual. La reducción reciente fue observada entre los estudiantes de nivel intermedio, no así entre los estudiantes del nivel superior, los varones y las hembras (Figuras III-B-7 y III-B-8).

Figura, III-B-7: Prevalencia de Uso de Marihuana (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	4.7	6.6	11.1	12	11
Nivel Escolar					
Intermedia	2.4	4.8	8.3	7.7	4.3
Superior	7.8	9	14.9	17.3	19.1
Género					
Masculino	7.3	10.2	16.4	16.2	13.8
Femenino	2.4	3.7	6.5	8.4	8.3

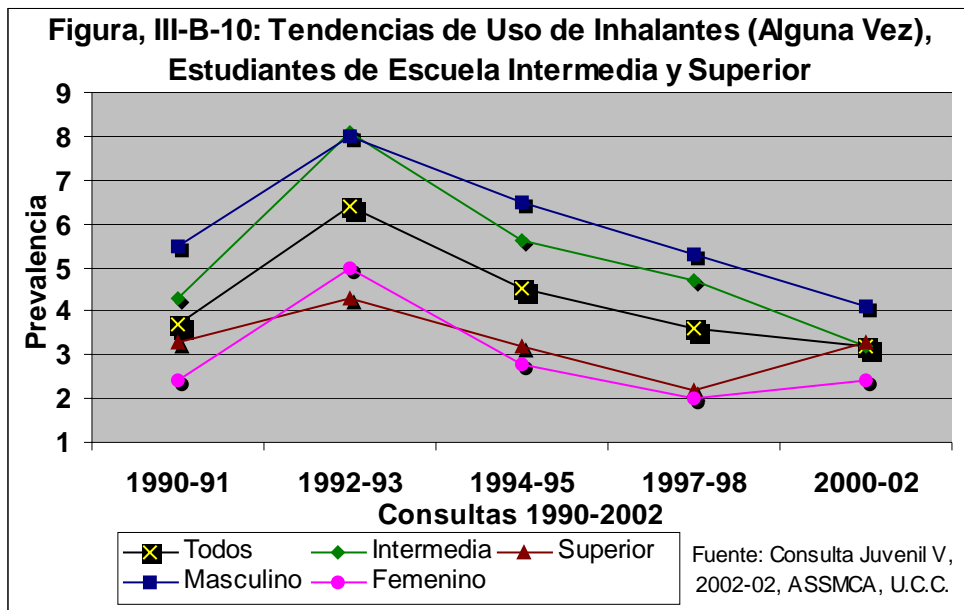


(e). Inhalantes

Desde el 1992-93, cuando se observó un pico en el uso alguna vez de inhalantes de 6.4%, el por ciento ha venido descendiendo y parece estar estabilizándose en alrededor de un 3.0%. Esta tendencia se observó entre los estudiantes de nivel intermedio, los estudiantes de nivel superior, los varones y las hembras (Figuras, III-B-9 y III-B-10)

Figura, III-B-9: Prevalencia de Uso de Inhalantes (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	3.7	6.4	4.5	3.6	3.2
Nivel Escolar					
Intermedia	4.3	8.1	5.6	4.7	3.2
Superior	3.3	4.3	3.2	2.2	3.3
Género					
Masculino	5.5	8	6.5	5.3	4.1
Femenino	2.4	5	2.8	2	2.4

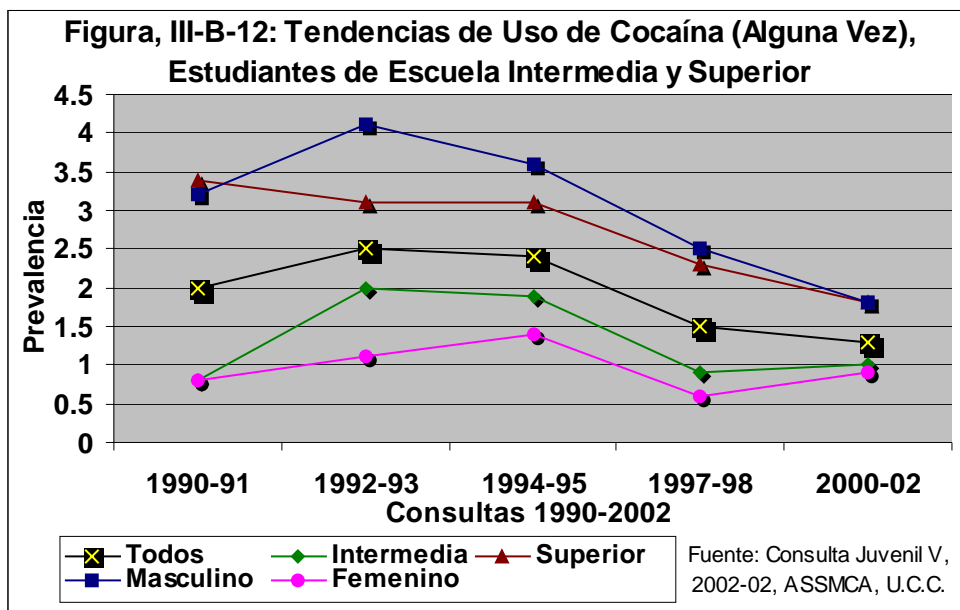


(f). Cocaína

La tendencia observada en los por cientos de uso alguna vez de cocaína sugiere una reducción paulatina comenzando en un 2.4% en el 1994-95 y descendiendo a un 1.3% en la consulta más reciente de 2000-02. Esta tendencia se observó entre los estudiantes de nivel superior y entre los varones (Figuras, III-B-11 y III-B-12).

Figura, III-B-11: Prevalencia de Uso de Cocaína (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	2	2.5	2.4	1.5	1.3
Nivel Escolar					
Intermedia	0.8	2	1.9	0.9	1
Superior	3.4	3.1	3.1	2.3	1.8
Género					
Masculino	3.2	4.1	3.6	2.5	1.8
Femenino	0.8	1.1	1.4	0.6	0.9

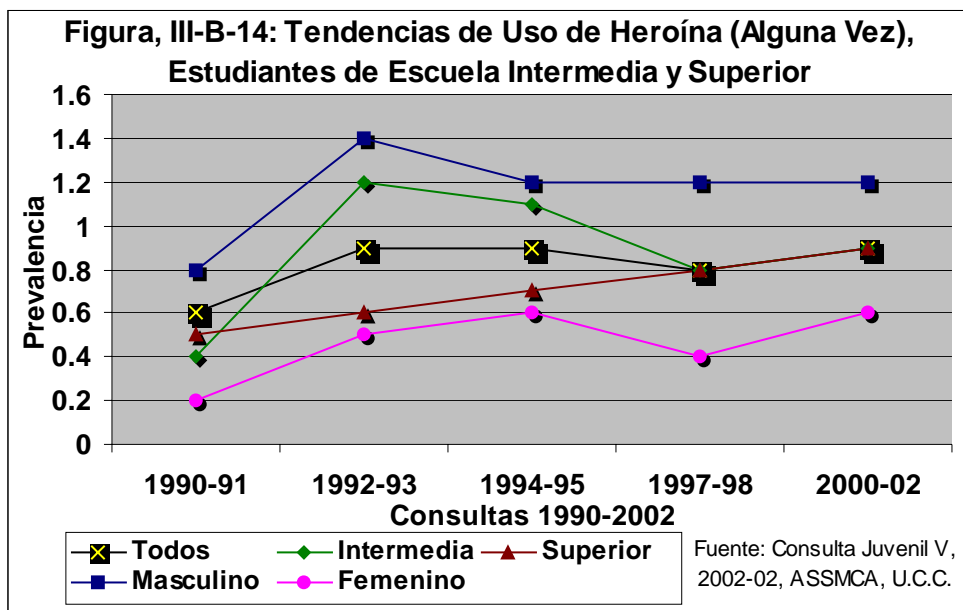


(g). Heroína

Aún cuando los por cientos de uso alguna vez de heroína no han sobrepasado el 1.0%, la tendencia observada sugiere incrementos paulatinos sostenidos y no se observa, como es el caso de las drogas anteriores, evidencia alguna de una reducción reciente. Esta tendencia se observó entre los estudiantes de nivel intermedio tanto como entre los de nivel superior y entre los varones tanto como entre las hembras (Figuras, III-B-13 y III-B-14).

Figura, III-B-13: Prevalencia de Uso de Heroína (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	0.6	0.9	0.9	0.8	0.9
Nivel Escolar					
Intermedia	0.4	1.2	1.1	0.8	0.9
Superior	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9
Género					
Masculino	0.8	1.4	1.2	1.2	1.2
Femenino	0.2	0.5	0.6	0.4	0.6

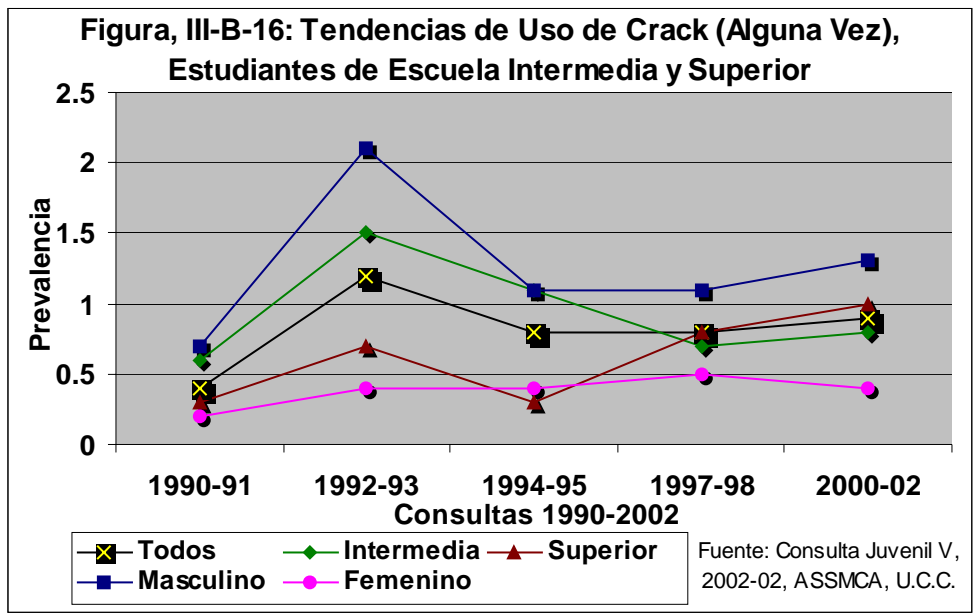


(h). Crack

Los por cientos de uso alguna vez de crack han mostrado una tendencia estable alrededor del 1.0% desde 1992-93 (Figuras, III-B-15 y III-B-16).

Figura, III-B-15: Prevalencia de Uso de Crack (Alguna Vez)

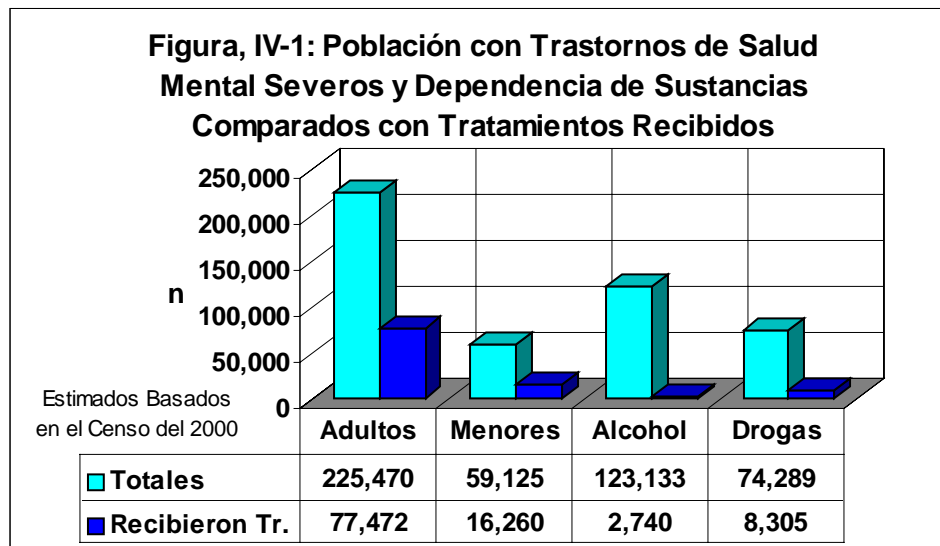
Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	0.4	1.2	0.8	0.8	0.9
Nivel Escolar					
Intermedia	0.6	1.5	1.1	0.7	0.8
Superior	0.3	0.7	0.3	0.8	1
Género					
Masculino	0.7	2.1	1.1	1.1	1.3
Femenino	0.2	0.4	0.4	0.5	0.4



IV. Conclusiones

En Puerto Rico al igual que en otros países industrializados, numéricamente las causas principales de la mortalidad general son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Estas son causas de mortalidad principalmente en la población de mayor edad. La causa de mortalidad y enfermedad de la población joven ha recibido mucho menos atención y recursos en el país. En Puerto Rico, por ejemplo, la causa principal de muerte para los jóvenes entre los 15 y 30 años de edad es el homicidio. La mitad de los adolescentes que mueren en Puerto Rico, mueren asesinados (Estadísticas Vitales de Puerto Rico, 1999). Otras dos de las primeras cinco causas de muerte en estas edades, son los accidentes y el suicidio (Estadísticas Vitales, 1999) ambas altamente relacionadas a trastornos mentales incluyendo el uso y abuso de sustancias. Por otro lado, ya hemos visto que las condiciones relacionadas a trastornos de salud mental son las causas principales de años vividos con incapacidad en la población joven.

Los datos presentados muestran que la salud mental es uno de los principales problemas de salud en Puerto Rico y el principal problema de la salud para la población joven. Sin embargo, sabemos a través de varios estudios y estimados científicos en Puerto Rico casi tres cuartas partes de los adultos y niños necesitados de estos servicios no reciben los mismos (FY 04). De ahí, la enorme importancia de reevaluar detenidamente nuestros sistemas de atención de la salud mental (Figura, IV-1).



Como se observa a partir del año 2000, el desarrollo de la legislación ha respondido a resolver problemas no previstos con la implementación de “Reforma” a través del modelo de prestación de servicios conocido como “Cuidado Coordinado” o “Cuidado Dirigido” (Manage Care) en la salud mental. Este desarrollo se ha caracterizado por la necesidad de corregir, más que, legislar organizadamente de acuerdo al establecimiento de un plan estratégico de servicios de salud mental.

Un sistema de cuidado de salud mental debe ser objeto de la más alta prioridad en la agenda de trabajo de cualquier gobierno en cualquier país. En términos generales el tratamiento de los trastornos mentales en el contexto del sistema de cuidado de salud primaria de un país se debe asegurar la disponibilidad de los psicofármacos y de las intervenciones psicosociales necesarias. El sistema debe ir en torno a los “Centros de Salud Mental de la Comunidad” contando con facilidades de hospitalización psiquiátrica disponibles y apoyo al cuidado en el hogar. También debe de combatir el discrimen a través de campañas de orientación pública, hacer participantes a los pacientes, sus familias y las comunidades de decisiones sobre políticas y servicios. Debe de establecer vínculos entre la salud mental y otros sectores sociales. También debe de apoyar la investigación científica.

Hace alrededor de diez años el Gobierno de Puerto Rico comenzó un proceso de privatización de los servicios de salud mental con el propósito de mejorar el acceso, la calidad y reducir los costos. Sin embargo, después de diez años no se han logrado estos objetivos. Estudios realizados por la Dra. Margarita Alegría en el 2001 demuestran que el modelo de “Cuidado Coordinado” o “Cuidado Dirigido” (Manage Care) en la salud mental no ha sido exitoso en asegurar que la distribución de los recursos disponibles responda al principio de justicia social de dar prioridades a los más necesitados.

Otros estudios proveen evidencia adicional sobre la naturaleza de los servicios de salud mental provistos por las aseguradoras. El estudio sobre la salud mental en niños y adolescentes (García, 2000) demostró que la mayoría de las madres desconocían los servicios de salud mental que cubría la aseguradora. De una forma, la mayoría desconocía las diversas modalidades de tratamiento, con excepción de la farmacoterapia.

Un grupo con una marcada necesidad de servicios de salud mental lo constituyen los niños y adolescentes. Dentro de este grupo se destacan los menores víctimas de negligencia, maltrato y abuso sexual exhibiendo problemas de aprendizaje, experimentación con alcohol y

drogas con problemas de ajustes y de conductas. Los datos estadísticos del Departamento de la Familia correspondientes a junio de 2001 demuestran que 18,568 familias se encontraban recibiendo servicios de protección a menores. Los menores pertenecientes a estas familias ascendían a 46,303. De estos menores 8,625 están bajo la custodia legal del Departamento de la Familia y se encuentran ubicados en cuidado sustituto. Estos menores fueron removidos por problemas de negligencia o maltrato. La mayoría de estos menores tienen serias secuelas del maltrato, lo cual se agrava con la separación abrupta y no planificada del hogar. El cambio frecuente de hogares provoca inestabilidad y no facilita el establecimiento de relaciones significativas. Un estudio realizado con adultos egresados de hogares de crianza encontró que la inmensa mayoría de las personas (90.0%) no recibieron servicios de salud mental (García y Vásquez, 2002)

Durante los últimos años han sido frecuentes las denuncias hacia las compañías privadas contratadas por ASES que proveen los servicios de salud mental a los médicos indigentes por restringir el uso de medicamentos psicotrópicos modernos y utilizan la farmacoterapia como el tratamiento principal o único tratamiento. No promueven los servicios de rehabilitación, no facilitan la participación de la familia en el plan de tratamiento y no proveen servicios de calidad para los niños y adolescentes.

La reestructuración de nuestro sistema de cuidado de salud mental debe enfatizar en los siguientes factores:

- ❖ La identificación temprana de síntomas psiquiátricos o problemas psicosociales.
- ❖ La evaluación comprensiva y un plan de tratamiento individualizado y comprensivo con la participación de la familia en todo el proceso de diagnóstico, tratamiento, cuidado y rehabilitación.
- ❖ La integración y utilización de equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios dentro del plan de tratamiento individualizado según lo establece la Ley 408 de Salud Mental.
- ❖ La utilización de modalidades terapéuticas con los estándares de cuidado basados en investigaciones sobre la práctica de tratamientos más efectivos (evidence–base).
- ❖ El acceso a un continuo comprensivo de servicios de salud mental ambulatorios, hospitalarios e intermedios como los hospitales diurnos, el tratamiento residencial, el servicio en el hogar, ubicados en su comunidad y ofrecidos en forma integrada y coordinada así como culturalmente competentes.
- ❖ El acceso a toda la población, pero con atención particular a las necesidades especiales a los adolescentes y los envejecientes.
- ❖ El desarrollo y la implantación de protocolos de tratamiento para las poblaciones especiales.
- ❖ Proveer los servicios en un ambiente que proporcione la autonomía del paciente, limite las restricciones, el prejuicio, los obstáculos administrativos y financieros.
- ❖ Garantizar la paridad de los servicios de salud mental con los servicios que se ofrecen para otras condiciones médicas.
- ❖ Proporcionar una vinculación y transición adecuada con otros servicios de la comunidad y el gobierno, así como, con otros escenarios como el lugar de trabajo, la escuela y las instituciones correccionales cuando ése sea el caso.
- ❖ La participación adecuada de los pacientes y familiares en la toma de decisiones sobre las políticas de distribución de recursos y servicios.
- ❖ La formación adecuada de profesionales de salud mental.

- ❖ La interconexión de los sistemas de servicios de salud mental que permita intercambio de información, facilidad de referidos, seguimiento entre los diferentes niveles de cuidado.

El modelo que se adopte para la prestación de servicios de salud mental debe ser participativo en la toma de decisiones tanto para el participante, como para la familia y la comunidad en general. Se debe aumentar la utilización de esfuerzos coordinados entre disciplinas y agencias (públicas, privadas y comunitarias). La evidencia empírica nos muestra que se debe expandir la capacidad y el acceso a los servicios de tratamiento pero no por esto se debe abandonar las áreas de prevención o viceversa. Ambos elementos son sumamente importantes a hora de incorporar un componente de medición de esfuerzos y resultados que nos permita conocer si lo invertido en el presupuesto va acorde con los resultados obtenidos. La fragmentación y desintegración del sistema de cuidado de salud mental debe de ser detenida. Debemos movernos en dirección de un sistema centrado en el individuo, su familia y su comunidad de forma integrada, coordinada, estable y compasiva que promueva una mejor calidad de vida.

V. Bibliografía

1. **“Aging American-Trends and Projections”**; U.S. Senate Special Committee on Aging; 1987-1988; US Department of Health and Human Services, Washington, D.C.
2. Alegría, M.; Bijl R.V.; Lin E.; Walters M.S.; Kessler R.C.; **“Income Differences in Persons Seeking Outpatient Treatment for Mental Disorders; a comparison of the United States with Ontario and the Netherlands”**; 2000; Archives of General Psychiatry; Vol. 57:383-391.
3. Alegría, M.; Kessler, R.; Bijl, R.; El; Heeringa, S.; Kolody, B.; 2000; **“Comparing data on mental health services use between countries”**; In Andrew & Henderson (Eds). *Unmet Needs in Psychiatry*; Cambridge University Press; pp. 97-119.
4. Alegría, M.; Robles R.; Freeman D.; Vega M.; Jimenez A.; Rios R.; **“Patterns of Mental Health Utilization Among Island Puerto Rican Poor”**; 1991; American Journal of Public Health; Vol. 81:875-879.
5. **“Annual Estimates of the Population by Groups and Sex: April 1, 2000 to July 1, 2003 (PR-EST2003-01)”**; U.S. Census Bureau, Population Division; Release Date April 13, 2004.
7. Bird, H.; Canino, G.; Rubio-Stipeck, M.; Gould, M. S.; Ribera J.; Sesman M.; Woodbury, M.; Huertas-Goldman, S.; Pagán, A.; Sánchez-Lacay, A.; Moscoso, M.; 1988, **“Estimates of the Prevalence of Childhood Maladjustment in a Community Survey in Puerto Rico”**, Archives of General Psychiatry, Vol. 45:1120-1126.
8. Bird, H.R.; Yaget, T.J.; Staghezza, B.; Gould, M.S.; Canino, G.; Rubio-Sticep, M.; 1990; **“Impairment in the epidemiological measurement of childhood psychopathology in the community”**; Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Vol. 29:796-803.
9. Bravo, M.; Canino, G.; Bird, H.; 1987; **“El DIS en Español: su traducción y adaptación en Puerto Rico”**; Acta Psiquiátrica Psicológica, América Latina; Vol. 33:27-42.

10. Bravo M.; Woodbury-Fariña, M.; Canino, G.; Rubio- Sticep, M.; 1990; **“The Spanish translation and cultural adaptation of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in Puerto Rico**; Cult, Med Psychiatric; 17:3, 329-344.
11. Canino, Glorisa; **“A Methodological Study of Child Assessment in Puerto Rico”**; 1992; National Institute of Mental Health (3-UO1-MH46732).
12. Canino, G.; Bird, H.; Rubio-Stipepec, M.; Bravo, M.; Martínez, R.; Sessman, M.; Guevara, L.M.; **“The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Puerto Rico”**; 1987; Archives of General Psychiatry; Vol. 44:727-735.
13. Canino G.; Shrout, P.E.; Rubio-Stipepec, M.; Bird, H.R.; Bravo, M.; Ramírez, R.; Chavez, L.; Alegría, M.; Bauermeister, J.J.; Hohman, A.; Ribera, J. García P.; Martínez-Taboas, A.; **“The DSM-IV Rates of Child and Adolescent Disorders in Puerto Rico: Prevalence, Correlates, Service Use, and the Effects of Impairment”**; 2004; Archives of General Psychiatry, vol. 61:85-93.
14. **“Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”**; Ley Número 194 del 25 de agosto de 2000.
16. **“Center for Mental Health Services”**; Public Law 102-321; July 1992.
17. Colón, H. M.; Rivera, M.; Marrero, C. A.; Robles, R.; López, C. M.; **“Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program, 2002 Household Survey”**; Center for Addiction Studies, Universidad del Caribe; Bayamón; Mental Health and Anti Addiction Services Administration (ASSMCA); January 2003.
18. Colón, H. M.; Rivera, M.; Marrero, C. A.; Robles, R.; López, C. M.; **“Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program, 2002 Provider Survey”**; Center for Addiction Studies, Universidad del Caribe; Bayamón; Mental Health and Anti Addiction Services Administration (ASSMCA); September 2002.
19. **“Community Mental Health Center Act of 1963”**; Public Law 88-164; October 31 1963.
20. **“Código de Salud Mental de Puerto Rico”**; Ley Número 116 de 12 de junio de 1980.
21. **“Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR)”**; Fourth Edition; 5th Printing; December 2003; American Psychiatric Association; Arlington, VA.
22. **“Estadísticas Vitales de Puerto Rico, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 19997, 1998, 1999, 2000, 2001,2002”**; Secretaria Auxiliar de Planificación, Evaluación Estadística y Sistemas de Información; Departamento de Salud de Puerto Rico.
23. **“Estudio Continuo de la Salud para los Municipios de Puerto Rico: Salud Mental”** 2002; Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas; Departamento de Salud de Puerto Rico.
24. Frontera Roura, E. A.; Huertas-Goldmans, S.; Navarro, D.; Negrón Díaz, S.; Rodríguez-Falciani, R.; Rodríguez-Parés, C.; **“Informe del Grupo de Trabajo Sobre Política Pública en Relación a Sistema de Cuidado de Salud Mental”**; Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA); 2003.

25. García Pedrosa, T.; **“Salud Mental Niños y Adolescentes: Estudio Exploratorio-Descriptivo del Proceso de Intervención Profesional y la Participación de la Familia en Niños y Adolescentes con Trastornos Emocionales en Puerto Rico”**; 2000; Tesis de Maestría; Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
26. García, Z; Vázquez, S.E.; **“Adultos Egresados de Hogares de Crianza: Estudio Exploratorio Descriptivo del Funcionamiento Familiar y Ocupacional, el Auto Concepto y los Servicios Recibidos por los Adultos Egresados de Hogares de Crianza entre las Edades de 18 a 40 años en Puerto Rico a mayo del 2000”**; 2002; Tesis de Maestría; Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
25. **“Gente Saludable 2010”**; Departamento de Salud de Puerto Rico; Abril de 2002.
27. **“Informe Anual: Datos Estadísticos 2000-2001”**; junio 2001; Departamento de la Familia; Puerto Rico.
28. Lanhey, B.B.; Flagg, E.W.; Bird, H.R.; Schwab-Stone, M.; Canino, G.; Dulcan, M.K.; Leaf, P.J.; Davies, M.; Brogan, D.; Bourdon, K.; Horowitz, S.M.; Narrow, W.E.; Weissman, M.M.; Kandel, D.B.; Jensen, P.S. Richters, J.E.; Regier, D.A.; 1996; **The NIMH method for epidemiology of the child and adolescent mental disorder (MECA) study: background and methodology**; Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Vol. 35.7:855-864.
29. Leaf, P.J.; Alegría, M.; Cohen, P.; Goodman, S.H.; Horowitz, S.M.; Hoven, C.W.; Narrows, W.E.; Vaden Kierman, M.; Regier, D.; 1996; **“Mental Health Service use in the community and schools: results from the four-community MECA study”**; Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Vol. 35.7:865-877.
30. **“Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”**; Ley Número 72 del 7 de septiembre de 1993.
31. **“Ley de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción”**; Ley Número 67 de 7 de a gusto de 1993.
32. **“Ley de Salud Mental de Puerto Rico”**; Ley Número 408 de 2 de octubre de 2000.
33. **“Ley para Crear la Oficina de Control de Drogas de Puerto Rico”**; Ley Número 3 del 13 de marzo de 2001.
34. Moscoso, M. R.; Robles, R. R.; Rodríguez, F. M.; Rodríguez, L.; Cintrón, T. C.; Pérez, J.; Santana, L.; **“El Uso de Substancias en los Escolares Puertorriqueños, Consulta Juvenil V, 2002-02”**; Universidad Central del Caribe, Departamento de Medicina de Familia y Salud Comunal, Centros de Estudios de Adicción; Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA); Marzo 2003.
35. **“Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults With Severe Mental Illness and Children and Adolescents With Seriously Emotionally Disturbances for 2004”**, FY 04 (Fiscal Year 2004); Mental Health and Anti Addiction Services Administration (ASSMCA); August 2003.

36. Parrilla, Carmen E.; Pagán-Castro, Annette L.; Parrilla-Cruz, Sara M.; Lodeiro- Rivero, Graciela; Segarra, Sandra; Rivera-Batista, Bárbara; 15 de Agosto de 2003; **“Tercera Conferencia Nacional de Suicidiología: Conciliando Esfuerzos para Salvar Vidas”**; Comisión para la Prevención del Suicidio, Departamento de Salud de Puerto Rico.
37. **“Personas Atendidas por la Reforma en Salud Mental”**; Data Base; 1996,1997 1998,1999, 2000, 2002, 2003; Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).
38. Raldolff, L.S.; 1977; **“The CES-D scale: A self-report depression scale for research in general population”**; Applied Psychological Measure; 1:385.
39. Ribera, J.C.; Canino, G.J.; Rubio-Stipec, M.; Bravo, M.; Bird, H.R.; Freeman, D.; Shrout, P.; Bauermeister, J.; Alegría, M.; Woodbury, M.; Huertas, S.; Guevarra, L.M.; 1996; **“The Diagnostic Interview Schedule For Children (DISC 2.3): Description, acceptability, prevalences and performance in the MECA study”**; Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Vol. 37.2:195-204.
40. Rubio-Stipec, M.; Bravo, M; Canino, G.; 1991; **La entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI): un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas**; Acta Psiquiátrica Psicológica, América Latina; Vol. 37: 191-204.
41. Shaffer, D.; Fisher, P.; Dulcan, M.; Davis, D.; Piacentini, G.; Shwab-Stone, M.; Lanhey, B.; Bourdon, K.; Jensen, P.; Bird, H.; Canino, G. & Regier, D.; 1996; **“The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.3): Description, acceptability, prevalences and performance in the MECA study”**; Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Vol. 35.7:865-877.
42. Staghezza-Jaramillo; Bird, H.F.; Gould, M.S.; Canino, G.; 1995; **“Mental Health services utilization among Puerto Rican children ages 4 through 16”**; Journal Child and Family Study; Vol. 4.4:399.
43. **“Substance Abuse Prevention and Treatment Performance Partnership (SAPTPP) Block Grant Application for FFY 2003”**; Mental Health and Anti Addiction Services Administration (ASSMCA); September 2003.
44. **“Tasas de Mortalidad General por Causas y Sexo”**; Estadísticas Vitales; 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002; Registro Demográfico de Puerto Rico; Departamento de Salud de Puerto Rico.
44. **“The International Classification of Diseases Clinical Modification, 9th Revision (ICD-9-CM)”**; September 1980; Second Edition; U.S. Department of Health and Human Services: Public Health Service-Health Care Financial Administration World Health; Washington D.C.
45. **“The International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)”**; 1999; U.S. Department of Health and Human Services: Public Health Service-Health Care Financial Administration World Health; Washington D.C.
46. Warheit, G.J.; Vega, W.; Auth, J.; 1985; **“Psychiatric symptoms and dysfunctioning among Anglos and Mexican Americans: An epidemiology study in research in community and mental health”**; London; JAI Press.