

Universidad Carlos Albizu

Dr. Ángel Collado Schwarz, Presidente
y Dra. Cynthia García Coll, Provost

Presentan

Estado de situación de la salud mental en Puerto Rico

Octubre 2014



Colaboradores:

Alfonso Martínez-Taboas, Ph.D.

Héctor Hernández, Ph.D.

José Rodríguez Gómez, M.D.

Joy Lynn Suárez, Psy.D.

Juan A. Nazario-Serrano, Psy.D.

Karla Narváez, Ph.D.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A pesar de que esta definición resalta el hecho de que la salud está intrínsecamente relacionada con la salud mental, en muchos países no se destacan los recursos necesarios para que los ciudadanos puedan mantener y fortalecer su salud mental.

En Puerto Rico específicamente se pueden identificar muchos componentes que se relacionan a problemas de salud mental. Por ejemplo, hay una literatura amplia que documenta que las desigualdades sociales/económicas, el desempleo, la criminalidad, Y la falta de oportunidades son todas variables de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales. Lamentablemente, en Puerto Rico estas desigualdades y tóxicos sociales se han vuelto casi la noticia cotidiana en nuestro entorno.

Cuando nos referimos a los trastornos mentales (TM) significamos todo un tinglado extenso de reacciones y presentaciones clínicas que en última instancia revelan que la persona manifiesta emociones, pensamientos o conductas que lo desvían de tener armonía, sosiego, bienestar y felicidad. Los TM suelen estar atados a un declive significativo en el funcionamiento global de la persona y suelen manifestarse con estados de sufrimiento y dolor emocional. Por tal razón, la OMS ha destacado en sus publicaciones que los TM son de las condiciones principales para restarles productividad a las personas afectadas. Por ejemplo, las personas con depresión suelen deteriorarse en múltiples niveles: a nivel familiar, laboral y personal. Todo ese potencial maravilloso que tenemos, muchas veces desaparece o al menos se minimiza con la presencia de los TM.

A pesar de que condiciones tales como ansiedad, depresiones, esquizofrenia, bipolaridad, el uso problemático de sustancias, y otras suelen relacionarse a un deterioro en el funcionamiento de la persona, son muy pocos los gobiernos que invierten los recursos necesarios para crear conciencia en sus constituyentes de la necesidad imperiosa de cultivar y mantener una buena salud mental. Lo contrario es el escenario esperado: el paciente con dificultades mentales se encuentra con un sistema de salud que ofrece muchas veces

paliativos y servicios fragmentados, los cuales no les hacen justicia a las raíces y causas biopsicosociales de los trastornos mentales.

Este punto es medular en la discusión de los TM. Los TM, en esencia, sólo pueden ser entendidos cuando reconocemos que tienen causas múltiples, o lo que se conoce como multicausalidad. Aunque es cierto que en casi todos los TM se han encontrado variables genéticas y neurobiológicas que vulnerabilizan a ciertas personas, también hay una documentación abundante que indica que los TM tienden a manifestarse cuando hay estresores e inequidades sociales. Por lo tanto, los TM requieren y necesitan de una mirada global y de multiniveles para poder entender su complejidad y ofrecer tratamientos efectivos y programas de prevención que vayan directamente a esos factores de riesgo, que muchas veces son de tipo psicosocial.

En este Manifiesto, facultativos de la Universidad Carlos Albizu se han dado a la tarea de identificar los tres problemas de salud mental que más afectan a nuestro pueblo. Estos son: 1) la violencia; 2) el uso problemático de sustancias; y 3) la deserción escolar. En este folleto cada tema será tratado de manera concisa siguiendo un orden establecido: Introducción; ¿Qué sabemos al día de hoy?; ¿Qué intervenciones funcionan?; ¿Qué programas de prevención funcionan?

Esperamos que la publicación de este manifiesto logre concienciar al lector o lectora sobre la urgencia de atender con amplitud estos temas, para así canalizar programas de prevención y tratamiento que en última instancia tengan como meta primordial la creación de un colectivo social con una salud mental adecuada. Si esto se logra, nos beneficiamos todos.

I. Violencia: tres manifestaciones

Acoso escolar

El *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, 2014) define el acoso escolar (AE) o *bullying* como: “cualquier conducta agresiva no deseada por parte de otro joven o grupo de jóvenes los cuales no son hermanos o personas con las cuales se mantiene una relación sentimental. Éste involucra un desbalance de poder real o percibido y es repetido múltiples veces o tiene alto potencial de ser repetido. Además, el acoso escolar puede resultar en daño o sufrimiento a la persona acosada incluyendo daño físico, psicológico, social o educativo. Un joven puede ser tanto el que lleva a cabo la conducta, el que la recibe o ambas”.

El AE cuenta con tres componentes esenciales que facilitan la diferenciación entre este tipo de conducta y otro tipo de conducta agresiva, violenta o conflictiva. Estos son: intencionalidad, repetición y desbalance de poder (real o percibido).

Ante todo, el acoso siempre es intencional y va dirigido a causar daño. Es decir, nunca es de naturaleza accidental, como podría ser el caso en otros tipos de conductas agresivas. Más aún, es necesario que la conducta se presente en repetidas ocasiones y no únicamente como un evento aislado. Finalmente, debe haber un desbalance de poder entre el estudiante que recibe el acoso y el estudiante que acosa siendo el último uno de mayor dominancia o estatus social. Es importante entender que ese desbalance no tiene que ser real, es decir, que aunque las personas ajenas a la situación no perciban el desbalance de poder, basta que sea percibido por el estudiante acosado. En casos de AE el estudiante víctima de dicha conducta, siente un temor razonable por el daño a su persona o propiedad.

¿Qué sabemos sobre este problema?

Existen investigaciones alrededor del mundo que intentan arrojar luz sobre este problema. La primera investigación a gran escala se llevó a cabo en Noruega en el 1970 por el Dr. Olweus. Entre los resultados, el 15% de los estudiantes reportó haber participado en eventos de AE. Más aún, el 9% de los estudiantes reportó haber sido víctima de acoso y el 7% admitió haber acosado a otros.

Otro estudio a gran escala llevado a cabo en Noruega utilizó una muestra de 11,000 estudiantes de 54 escuelas elementales e intermedias. Aunque los resultados reflejan un cuadro similar, se evidenciaron dos tendencias interesantes: (a) el porcentaje de estudiantes acosados aumentó un 50% entre 1983 y 2001, y (b) el porcentaje de estudiantes que reportó haber acosado frecuentemente aumentó un 65% entre estos años.

En Puerto Rico, la firma independiente *Parenting Resources* realizó un estudio con una muestra de 10,229 estudiantes de tercer grado a cuarto año de escuela superior. Los estudiantes provenían de escuelas públicas y privadas de diversas partes de la Isla, incluyendo en la muestra escuelas de Vieques y Culebra. En este estudio, el 11% de las niñas y el 14% de los varones reportó haber sido víctima del acoso de dos a tres veces o más al mes, mientras que sólo el 7% de los varones y el 5% de las niñas admitió haber hostigado a otros dos o tres veces, o más, al mes. La mayoría de los estudiantes víctimas de acoso se encuentran, según estos datos, entre los grados de tres a seis.

En un segundo estudio, González y Suárez (2013) encontraron en una muestra de 1,000 estudiantes que el 8% de ellos piensan que no los respetan en su escuela nunca o casi nunca, y el 20% de los estudiantes menciona que tiene buena relación con un solo adulto o ninguno en su escuela. Por otro lado, el 29% refiere haber sido víctima de “bullying” a veces, o a menudo, y el 35% de los estudiantes menciona que los maestros sólo detienen el “bullying” a veces, esporádicamente o casi nunca.

Al analizar los resultados obtenidos de estudios a gran escala en diferentes regiones, se debe tomar en consideración que la prevalencia de incidentes de acoso varía de acuerdo con la cultura, comunidad o distrito escolar.

Por ejemplo, el “machismo”, más frecuentemente visto en Latinoamérica, podría afectar los resultados de una investigación, dado que el fenómeno de acoso se tiende a normalizar entre varones de estas culturas. No obstante, podemos concluir, a raíz de las investigaciones antes citadas, que el hostigamiento e intimidación es un problema significativo tanto en Noruega como en los Estados Unidos, Latinoamérica, Europa, Asia y PR. Esto afecta a un gran número de la población estudiantil.

¿Qué se ha hecho para remediarlo?

Las mejores prácticas para el manejo del acoso escolar contemplan como factor esencial que las instituciones educativas desarrollen políticas y protocolos relacionados específicamente con el manejo del acoso escolar. Esto se logra al desarrollar un conjunto de métodos, técnicas, reglas y consecuencias que sirvan de guía y que se encuentren basados en un modelo teórico.

En Puerto Rico, al igual que en otros países, existe legislación que exige que las instituciones educativas cuenten con políticas y protocolos para el manejo del acoso escolar. Sin embargo, los requisitos mínimos de dichos protocolos varían de acuerdo con las jurisdicciones. Es decir, algunos países o estados sólo exigen que las instituciones incluyan en su manual de estudiantes una política antiacoso, mientras que otras son sumamente específicas en cuanto a los elementos que los protocolos deben incluir.

Por ejemplo, en Puerto Rico, la Ley núm. 37 de 2008 establece de forma general que las *“instituciones privadas evidencien fehacientemente que cuentan e implantan políticas y protocolos definidos, concretos y ejecutables en contra del hostigamiento e intimidación (bullying) entre estudiantes”*, sin incluir detalles sobre los factores específicos que deben contemplar.

De acuerdo con las mejores prácticas, toda iniciativa de prevención e intervención de AE debe incluir los siguientes componentes para ser efectivas: designar un comité a cargo de monitorear el protocolo establecido y crear políticas y protocolos institucionales que incluyan: una fase preventiva (componente educativo y de concienciación), una fase de intervención (componente de respuesta inmediata e intervención disciplinaria) y una fase de corrección (componente de apoyo profesional).

Aunque la creación de estas leyes, sin lugar a dudas, es un paso importante en el manejo del AE en las escuelas, se ha evidenciado que no son suficientes para manejar las consecuencias psicológicas y el manejo de conducta acosadora definida por la literatura. Esto es debido a que no presenta consecuencias directas para derivar en una acción judicial. Por ejemplo, si un colegio incluye la ley dentro de su manual escolar, con el propósito de informar a los padres/madres sobre sus

procedimientos y es firmado por éstos, y además tiene documentado que siguió los procedimientos indicados, posiblemente quedan exentos de cualquier responsabilidad legal.

Eventualmente y cónsono con los principios establecidos por la Ley núm. 37 y la Ley núm. 49, es necesario crear una campaña a gran escala donde todas las instituciones educativas sean activas y participen en el manejo y disminución de este fenómeno que evidentemente amerita mayores intervenciones e investigaciones en el futuro.

Por otro lado, la conducta de acoso puede constituir una violación de varias leyes. Por ejemplo, el acoso físico puede verse como agresión o acecho, el acoso por género como hostigamiento sexual o violencia doméstica, y la intimidación como extorsión. También se pueden considerar los rumores como difamación; el acoso basado en raza, religión u orientación sexual como una violación de los derechos humanos; el acoso por impedimentos como discriminación; el ciberacoso como hostigamiento tecnológico; y el sexting como pornografía infantil.

¿Qué funciona a nivel de prevención?

La mejor manera de prevenir la violencia escolar, que tanto nos preocupa como sociedad, es la educación y la construcción de la convivencia, lo cual podemos lograr si llevamos a cabo una serie de acciones a diferentes niveles y de manera sistemática para educar a los jóvenes y brindarles herramientas que puedan utilizar en situaciones concretas. Por ejemplo, es esencial que los estudiantes conozcan destrezas de intervención en casos de acoso escolar, técnicas de manejo de conflictos, destrezas relacionadas con el desarrollo socioemocional, y comunicación restaurativa, entre otras.

Entre las responsabilidades de las instituciones educativas se encuentra el desarrollar jóvenes que aporten positivamente a la sociedad en que viven. Para lograr esta difícil hazaña, es necesario enseñar a los y las jóvenes destrezas de vida, que los preparen para la vida social, familiar y laboral. Estas destrezas, por su parte, aportan al desarrollo de la resiliencia individual, que se define como la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones difíciles y sobreponerse a ellas. Es decir, resiliencia es la capacidad que posee un individuo para enfrentar la adversidad, para mantenerse en pie de lucha, con

dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones que permiten avanzar en contra de la corriente y superarse. Las iniciativas relacionadas con el desarrollo de destrezas emocionales y el manejo de conflictos que aquí se sugieren, no sólo tienen como propósito fundamental lograr un clima de convivencia en las instituciones educativas, sino que también pretenden lograr en los estudiantes el desarrollo de destrezas de vida que los motive a contribuir positivamente a la sociedad.

Para lograr esto en las escuelas se debe enfatizar en el desarrollo socioemocional, lo cual incluye el autoconocimiento, destrezas interpersonales, autocontrol, toma de decisiones y conciencia social. Además se debe educar a los estudiantes sobre el manejo adecuado de conflictos. Finalmente las prácticas restaurativas enfocadas en la disciplina son mucho más efectivas que los remedios punitivos. Estas incluyen tres metas principales: lograr la seguridad comunitaria, fomentar el desarrollo de competencias sociales y asumir la responsabilidad del agresor por los daños causados. Cuando esta teoría es llevada al área de la disciplina y el manejo de la conducta, resulta en una práctica no punitiva sino restaurativa, ya que repara relaciones interpersonales y ayuda a prevenir que los conflictos aumenten.

Violencia comunitaria

Cuando abrimos el periódico o prendemos el radio por la mañana, ya es usual que la información que resalta se relacione con aspectos de violencia comunitaria. Asesinatos en canchas de baloncesto, robos, tiroteos, violaciones, gangas, puntos de droga y así por el estilo. La violencia comunitaria (VC) es un tema que ha sido discutido de manera amplia en la literatura psicológica y sociológica.

¿Cómo se define este tipo de violencia? La Junta de Prácticas Basadas en Evidencia para Puerto Rico (JPBEPR), que es parte de la División de Servicios Comunitarios del Centro de Investigación y Evaluación Sociomédica, define violencia comunitaria como: "Diversos tipos de violencia que se dan a un nivel macrocomunitario en donde se impacta la calidad de vida, seguridad y sana convivencia de sus constituyentes. Este tipo de violencia se relaciona con un ambiente tóxico comunitario que incluye criminalidad, dependencia a sustancias, agresividad

interpersonal, delincuencia, problemas conductuales y de salud mental, violencia escolar y doméstica, exposición a escenarios violentos, desigualdad económica y problemas de retención escolar".

La Organización Mundial de la Salud ya ha reconocido que la VC suele crear consecuencias que persisten años y hasta décadas luego de la experiencia de violencia. Datos provenientes a nivel internacional y local indican que cerca del 70% de las personas que residen en comunidades violentas han presenciado actos de violencia comunitaria y hasta un 60-70% han sido víctimas de este tipo de violencia. Por ejemplo, muchos niños y adolescentes (hasta un 40%) han presenciado tiroteos. Estos escenarios comunitarios tóxicos suelen afectar la visión que desarrollan los niños y niñas sobre el propósito de la vida y su desarrollo moral.

Específicamente, los efectos en la niñez son: bajo aprovechamiento académico, dificultades conductuales, trastornos psiquiátricos tales como el de estrés postraumático y aumento en uso de sustancias. En la familia se han identificado los siguientes factores de riesgo: poca o ninguna supervisión, poco apego a los padres, conflicto parental, violencia de pareja, disciplina autoritaria y áspera, padre o madre convictos, hermano delincuente y pobreza.

En la escuela se ha encontrado lo siguiente: acoso y hostigamiento, motines, guerras entre pandillas, ausentismo y deserción escolar. La JPBEPR, basándose en estudios llevados a cabo en Puerto Rico (Reyes, Colón & Moscoso, 2009), establece que en estas comunidades hay una tasa alta de portación de armas por parte de adolescentes (6%); se encuentra una asociación significativa entre el uso de drogas ilegales y los actos de VC; hay una asociación significativa entre el inicio temprano de conductas antisociales y conducta violenta; y también otra asociación entre falta de supervisión por parte de los padres y conducta de VC.

La Junta de Prácticas Basadas en Evidencia para Puerto Rico (JPBEPR) dedicó dos años de labor, para identificar cuáles son las intervenciones que funcionan en la prevención de este tipo de violencia. En su Informe Ejecutivo, publicado en el 2013, establece que se han identificado 35 intervenciones que son efectivas para la prevención de la VC. Estas intervenciones van dirigidas a tres áreas

fundamentales: 1) Intervenciones dirigidas a la comunidad; 2) a la escuela; 3) a la propia familia. Los resultados de estas intervenciones reflejan disminuciones notables y significativas en VC. Entre dichos programas se encuentran: *Big Brothers/Big Sisters*, *CeaseFire*, *Communities that Care*, Organización Jóvenes Puerto Rico en Riesgo, *The Incredible Years*, *Multisystemic Family Therapy*, etc. Algunos de estos programas ya han comenzado a implementarse en Puerto Rico.

La VC es un tema que necesita discutirse ampliamente por las propias comunidades y a nivel de gestar fondos, recursos y esfuerzos desde la política pública. Es en las comunidades donde se crean nichos ecológicos en donde se trastocan y distorsionan los valores humanitarios, el respeto por los demás y la buena convivencia. Se crean entonces maneras alternas, muchas veces violentas e ilegales, de sobrevivir a nivel social y económico. La deserción escolar, el dinero fácil producto de las drogas y la seducción por lo material, crean un ambiente comunitario que se aleja por mucho de una buena convivencia. Es por eso que este tema necesita atenderse de manera apremiante.

El suicidio y sus correlatos en la salud mental

En los últimos 25 años, han ocurrido cambios demográficos en la población puertorriqueña que destacan el aumento progresivo de la población de edad avanzada (60 años en adelante). Se argumenta que estos cambios en el tamaño y la proporción de este sector de la población han sido el producto del descenso en la mortalidad y la natalidad, además de un proceso de migración, que influye de cierta manera en que se queden más ancianos/as en la Isla y emigren personas más jóvenes. Con todo, una realidad actual que tenemos, y seguiremos teniendo cada vez más, es que habrá más ancianos en Puerto Rico cada día.

De 3.7 millones aproximados de habitantes en PR reportados en el Censo Poblacional del 2010 se encontró un aumento de 27.5% en las personas mayores de 65 años, en comparación con los grupos de menores de 18 años de edad que se redujeron en un 17.3%. Cada vez vemos menos jóvenes y más ancianos, con las implicaciones en servicios de toda índole que esto ha de traer y los retos que hemos de afrontar.

Según los datos del Censo de 2010, al presente tenemos aproximadamente unas 780 mil personas de 60 años o más. Para el año 2020, se estima que la cifra llegue a 983 mil. De hecho, los estimados del Censo Federal de Estados Unidos, reportó una reducción de 26% en los nacimientos vivos registrados en nueve años (2000 al 2009), lo cual hace que comencemos a tener una población anciana interesantemente con más mujeres. Se estima que para el año 2030, el 22% de la población norteamericana (70.2 millones) serán adultos mayores de 65 años. La mayoría de esta población serán mujeres.

Puerto Rico no se escapa de dicha realidad, la población de ancianos aumentará, teniendo, las mujeres una expectativa de vida de aproximadamente 7 años más que los hombres. Esto también afectará la cantidad de hogares que tengan un anciano, puesto que ya (2010) se reporta que el porcentaje de los hogares puertorriqueños, que albergan una persona mayor de 65 años, es de 29.6%. Dicha proporción es mayor que la del 2000, que se estimó en 25.4%.

El Seguro Social, entre otros programas gubernamentales que laboran con los ancianos/as, y particularmente, el sistema de salud, serán los más afectados por las demandas en la población de edad avanzada. Se espera un incremento dramático de determinadas áreas de intervención como son: el cuidado a largo plazo, cuidado en el hogar y utilización de medicare en poblaciones de 60 años o más. Lo anterior implica una mayor demanda de todo tipo de profesionales de la salud para trabajar con esta población, muy especialmente con los de edad mucho más avanzada (75 años en adelante).

En Puerto Rico, por ejemplo, hay aproximadamente 50-60 geriatras para una población de aproximadamente 780,000 personas ancianas. En los últimos 5-6 años, la cantidad de médicos en Puerto Rico ha disminuido en 13% (de 11,397 a 9,950) según la Junta de Licencias Médicas de PR. Un estudio reciente realizado por la Asociación de Cirujanos de la Isla halló que el problema se agrava por la cantidad de médicos que se están jubilando, y por la falta de estudiantes interesados en áreas como la geriatría, entre otras. Lo anterior tiene implicaciones para todos los sistemas universitarios pues se necesitarán cada vez personas más preparadas para laborar con estas subpoblaciones de edad avanzada.

Datos de la Encuesta de la Comunidad del Negociado del Censo de 2010 nos perfilan problemas serios entre los 780 mil ancianos de PR. Por ejemplo, actualmente un 39.6% vive bajo los niveles de pobreza y un 84.5% de esa población tiene como único sustento el Seguro Social. Esto nos dirige a pensar en futuras implicaciones y complicaciones que esta población, considerada como de alto riesgo, ha de tener en el futuro.

Por ejemplo, ya en el 2010, la mediana de ingreso del hogar de la población hispana en Estados Unidos es de aproximadamente \$40,000 y el de la población en general es de \$50,000. Mientras, en Puerto Rico es de \$18,862, dato que hace reconocer la necesidad de noveles programas para evitar los posibles problemas de sustentabilidad económica (pobreza y disparidad serán la orden del día), problemas sociales (entre ellos desmembramiento familiar y de seguridad), y de salud (incluyendo salud mental) que ha de enfrentar la población puertorriqueña, muy particularmente los ancianos.

Por ejemplo, en el área de salud mental la depresión clínica se perfila como una de las psicopatologías más prevalentes en la población anciana debido, entre múltiples causas, a la marginación social, pobreza, abandono familiar y la comorbilidad con otras patologías como serían los problemas neurocognitivos degenerativos (i.e., Alzheimer). Es de todos conocidos que la depresión, mal tratada o sin tratar, puede degenerar en un acto suicida. De acuerdo con la Dra. Jean M. Twenge, de San Diego State University, analizando una muestra de 6.9 millones de norteamericanos, los ancianos están más deprimidos que lo que estaban en los años ochenta; y por consiguiente, a mayor riesgo de suicidio.

En Puerto Rico no estamos muy lejos de esa realidad, si argumentamos cómo el fenómeno de la depresión y suicidio nos está afectando.

El suicidio (del latín, etimología *sui: sí mismo y caedere: matar*) es una acción humana que trasciende culturas, de carácter multicomplejo y multifactorial, y que ha estado presente desde el origen de las civilizaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que identifiquemos o no los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida.

En los últimos años se ha empezado a distinguir entre conducta suicida mortal y conducta suicida no mortal, diferenciación que parece más adecuada para algunos investigadores. El proceder suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes formas, pasando por las amenazas, los gestos y tentativas, hasta el suicidio en sí mismo. La presencia de cualquiera de estos elementos (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse un signo de riesgo.

El suicidio figura entre las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial. Cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo. Eso supone unas 800,000 al año y una media de 11.4 por cada 100,000 habitantes. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en 60% a nivel mundial. Más aún, se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1.8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2.4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas.

Puerto Rico ocupa el quinto lugar en toda América en el renglón de suicidios. De hecho, en los que va de año (2014) hay reportados 146 suicidios; lamentablemente en los últimos 45 años han aumentado un 60%. Es interesante que el promedio anual de suicidios de los últimos 20 años esté entre 300 – 330 personas. Las tasas más elevadas de suicidio las encontramos en el grupo 55 – 59 años de edad y en el grupo de ancianos de 70 – 74 años, siendo el método usualmente más usado el ahorcamiento.

En el año 2014, luego de un ajuste de las tasas por población, las Regiones de Salud de Mayagüez y Aguadilla fueron las más altas en casos de suicidio. La Región Metro reportó la tasa más baja. Como notamos, nuestros ancianos están a un riesgo mayor que otras cohortes de edades. Entre los grupos principales de suicidas están los varones de la tercera edad.

En Puerto Rico de cada 10 suicidios, 8 los cometen varones, siendo los desórdenes mentales, principalmente depresión y abuso de sustancias (alcohol y drogas) asociadas al 90% de los casos de suicidio, particularmente por complicaciones de pérdida de un ser amado, marginación, falta de empleo o deudas.

Todas estas condiciones son bastantes prevalentes en la población de ancianos/as, la cual, sin lugar a dudas, requiere de intervenciones exitosas, sensitivas culturalmente, para evitar que simplemente terminen con su vida.

De allí que reconozcamos que los programas de intervención más efectivos son aquellos que logran reconocer tempranamente la posibilidad de llegar al acto suicida. La OMS alerta que la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello, reconociendo la necesidad de intervenciones interdisciplinarias, integrales y multisectoriales.

Entre los abordajes de intervención, la terapia cognitiva conductual (TCC) ha demostrado ser de los acercamientos terapéuticos con mayor éxito. Dicha terapia reconoce que el suicidio es un fenómeno complejo, que involucra múltiples y complejas interacciones entre factores de riesgos neurológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. La TCC es un enfoque psicoterapéutico que tiene como objetivo mejorar las emociones problemáticas y disfuncionales, los comportamientos y las cogniciones mediante un procedimiento activo, orientado a objetivos, en un tiempo limitado y con un proceso sistemático para resolver problemas.

La TCC estándar consiste en que los pacientes sean enseñados a identificar, monitorear y en última instancia, desafiar los pensamientos negativos sobre sí mismos o situaciones adversas, desarrollando pensamientos adaptativos y flexibles. Cuando sea apropiado, también pone énfasis en la enseñanza a los pacientes a controlar e incrementar eventos agradables en su vida cotidiana, utilizando procedimientos de tratamiento conductual.

De igual manera, la terapia conductual dialéctica (TCD) es un enfoque de tratamiento cognitivo conductual con dos características fundamentales: mediante un enfoque conductual, manejar estrategias basadas en la aceptación; y el énfasis en los procesos dialécticos. "Dialéctico" se refiere a las cuestiones planteadas en el tratamiento de pacientes con trastornos múltiples y el tipo de procesos de pensamiento, comportamientos y estilos usados en las estrategias de manejo.

Tiene cinco componentes: una, la capacidad de adiestrarse para evitar situaciones de riesgo o saber cómo manejarlas de surgir éstas; planes de tratamiento conductual individual; acceso al terapeuta fuera del ámbito clínico e inclusión de la familia en el tratamiento; estructuración del medio ambiente (énfasis programático sobre uso de conductas adaptativas); y capacidad y consulta del equipo terapéutico. La TCD ha sido utilizada con sumo éxito en numerosos trastornos mentales, incluyendo pacientes suicidas, depresión y abuso de sustancias.

Intervenciones que tienen como objetivo reducir la ocurrencia de factores de riesgo reducen la incidencia de suicidio. En esa dirección es que se debe pensar en:

- 1) La necesidad de restringir los medios utilizados para suicidarse (periodo de espera en la compra de armas de fuego);
- 2) La implementación de directrices de notificación de suicidio podría disminuir los efectos negativos en los medios noticiosos de suicidios, disminuyendo así informes que promuevan la acción en individuos susceptibles;
- 3) Crear y apoyar iniciativas dirigidas al fortalecimiento social, promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento, cambiar políticas y normas para alentar comportamientos efectivos para buscar ayuda y mejorar la detección temprana y tratamiento de las personas en situación de riesgo, estos deben ser creados y promovidos sistemáticamente;
- 4) El uso de sistemas como Tele-Help (sistema de alarma que puede activar el cliente para pedir ayuda en cualquier momento) o Tele-Check (sistema para que el cliente se ponga en contacto dos veces por semana para la evaluación de necesidades o apoyo emocional) son de utilidad;
- 5) Uso de psicofármacos bajo supervisión experta (i.e., antidepresivos);
- 6) Instalación de barreras en edificios y puentes;
- 7) Promoción de programas culturalmente sensitivos para evitar el suicidio y continuidad terapéutica de aquellos que lo han intentado;
- 8) Evaluación de los programas para modificar aquellos que no sean costo-efectivos o costo-eficientes.

En términos de estrategias nacionales, el principio básico de prevención del suicidio es advertir para

evitar la acción letal. De allí que el Departamento de Salud de los EE.UU. ha recomendado los siguientes elementos para fomentar la prevención:

- a. Usar entornos educativos, como áreas para la prevención, mejorando el conocimiento que tenemos sobre la salud mental;
- b. Promover la investigación sobre el suicidio y su prevención;
- c. Intentar cambiar la percepción sobre el suicidio y la enfermedad mental en los medios de comunicación y en la comunidad;
- d. Aumentar los esfuerzos para incrementar y mejorar la detección y el tratamiento de la depresión y otras enfermedades mentales;
- e. Énfasis en reducir el estigma asociado con comportamientos para buscar ayuda;
- f. Estrategias destinadas a mejorar el acceso a los servicios;
- g. Promoción de los esfuerzos preventivos efectivos con una evaluación rigurosa;
- h. Mejorar esfuerzos para reducir el acceso a aquellos elementos (i.e., armas de fuego) que puedan ser utilizados para suicidarse.

II. Uso problemático de sustancias en Puerto Rico

Los trastornos de uso de sustancias son unas de las condiciones principales de salud pública en Puerto Rico y en otros países del mundo. La Organización Mundial de la Salud (2014) estimó que para el 2012 entre 164 y 324 millones de personas (3.5% al 7%) consumieron por lo menos alguna droga ilícita. Las adicciones a sustancias psicoactivas se han convertido en unas de las problemáticas biológicas, sociales, emocionales y espirituales con múltiples determinantes que impactan todas las esferas de vida de un ser humano.

La localización geográfica de Puerto Rico, junto con la asociación política con Estados Unidos, hace que la Isla sea un punto de entrada de drogas ilícitas destinadas al continente americano, trayendo consigo una alta tasa de violencia asociada al narcotráfico por el dominio de los puntos y distribución de la droga.

Por otro lado, una alta incidencia de inicio temprano en el uso de drogas ilícitas aumenta el riesgo de que exista un uso problemático subsecuente de drogas así como dependencia de las mismas y desórdenes de salud mental que están altamente asociados con la dependencia de drogas.

El uso problemático de sustancias trae consigo una serie de consecuencia adversas para la persona que padece esta enfermedad y para la sociedad. La estigmatización y discriminación por ser usuario de sustancias pone a la persona en desventaja personal y social, ocasionando que hasta el acceso a servicios de salud física y mental puedan ser de difícil entrada.

Por otro lado, consecuencias como enfermedades infectocontagiosas (VIH/SIDA, hepatitis C, tuberculosis), enfermedades cardiovasculares, problemas de salud mental, violencia, problemas con la justicia, disfunciones familiares, problemas económicos, problemas nutricionales y hasta la muerte (mayor riesgo de suicidio y muertes por sobredosis) son sólo algunas de las realidades que viven día a día aquellos tocados por la enfermedad del uso de sustancias.

La Asociación Americana de Psiquiatría basa los trastornos de uso de sustancias en un patrón patológico de conducta relacionada con el uso de

sustancias que puede agruparse en pérdida de control, dificultad en las relaciones sociales, riesgo de uso (posibles daños físicos y psicológicos) y criterios farmacológicos (tolerancia a la sustancia y síndrome de retirada). Por otro lado, el National Institute on Drug Abuse define la adicción:

“La adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas”.

Datos estadísticos del uso problemático de sustancias y otros datos de interés:

La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción – ASSMCA (2013), reporta a través del Perfil de la Clientela Atendida, que durante el año 2011 al 2012 el 52% de los casos atendidos en sus programas fueron por Trastornos de Uso de Sustancias, y que de estos participantes la media de edad fue de 38 años para los varones y 45 años para las féminas. Al observar las drogas de uso primario de esta población, se observa que las drogas de preferencia en ambos géneros son heroína, alcohol, cannabis (marihuana) y “Speedball” (heroína y cocaína).

De acuerdo con los datos establecidos por la ASSMCA (2013), el 63.40% de su clientela llega con historial de problemas con la justicia, siendo el de mayor proporción el consumo de drogas y el conducir bajo los efectos de alcohol. Por otro lado, al observar las condiciones de salud física, los datos arrojan que el 10.1% tiene un diagnóstico de hepatitis C (HCV); el 9.3%, de asma, y el 3.8% padece de diabetes/hipoglicemia.

En otro estudio realizado por la ASSMCA (2009), se encontró que el 22% de los/las puertorriqueños/as entre las edades de 15 a 74 años de edad, han hecho uso de drogas ilegales en algún punto en sus vidas. Una de cada 50 personas entre las edades de 15 a 74 años (sobre 52,000 personas) ha estado consumiendo una o varias drogas. Esto implica que alrededor de 110,000 adultos están activos en el consumo de drogas en Puerto Rico. Si se observa por

género, los varones entre las edades de 18 a 34 años de edad reportaron el índice más alto de uso de sustancias y sólo un 24% indicó haber utilizado servicios especializados para lidiar con la dependencia a drogas.

Por otro lado, tres de cada cuatro individuos dependientes de las drogas no estaban recibiendo tratamiento especializado para trabajar con dicha dependencia.

Al mirar las drogas de mayor consumo se destaca que sobre 45,000 residentes de Puerto Rico eran usuarios de cocaína; 12,424 eran usuarios de crack y 8,076 eran usuarios de heroína (ASSMCA, 2009). Al comparar estos datos con el perfil de los/las participantes del Programa Integral de Tratamiento, Recuperación y Reinserción Comunitaria (PITIRRE) de Iniciativa Comunitaria, Inc., se observa que las drogas de preferencia entre los/las participantes son: crack (77%), cannabis (62%), cocaína (55%), heroína (44%), tranquilizantes (28%), alcohol (20%) y barbitúricos (1%).

De los/las participantes atendidos en el último año en el Programa PITIRRE resalta que el 46% son usuarios de múltiples sustancias simultáneamente, estando entre 3 a 7 sustancias diversas (Programa PITIRRE, 2013).

Por otro lado, el estudio de Consulta Juvenil VIII de la ASSMCA (2012) establece que en una muestra de estudiantes de 7mo. a 12mo. grado se evidenció una prevalencia de uso de las siguientes drogas: alcohol (44.2%), otras drogas ilícitas como marihuana, inhalantes, cocaína, heroína, crack, drogas de diseño y pastillas utilizadas sin prescripción médica (13.3%) y tabaco (12.6%) en el último año.

Estas tendencias son similares en todas las categorías tanto en alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Esto es apremiante, pues la literatura científica es consistente en establecer que a más temprano se da el inicio en alguna sustancia, mayor riesgo de desarrollar consecuencias por su uso como patologías asociadas al consumo de sustancias, conductas delictivas y agrupación con grupos de intereses similares, entre otros (McGue, Iacono, & Krueger, 2006).

Los inyectores de drogas (IDU's) presentan mayor resistencia al acceso de servicios de salud en general (física y mental) debido a las dinámicas que trae

como consecuencia la enfermedad de la adicción. Por otro lado, características de co-ocurrencia psiquiátrica y uso de múltiples sustancias hacen que el panorama sea uno de mayor cronicidad. Esto implica un alto potencial de deterioro en la salud, lo que pudiera llevar a dinámicas de deambular, reducir la calidad de vida y a buscar una solución rápida para la adquisición de recursos para satisfacer el uso problemático de las sustancias.

En aquellos casos que llegan a deambular se ha encontrado una gama amplia de condiciones de salud adversas, incluyendo altos niveles de morbilidad y mortalidad que son exacerbados por el uso de sustancias. Estas dinámicas permiten que la capacidad para considerar opciones saludables y prevenir comportamiento de alto riesgo se vea afectada, trayendo como consecuencia un mayor riesgo de contagio de VIH/SIDA, HCV (hepatitis C), úlceras y condiciones de salud mental, entre otras condiciones.

Aquellos que desafortunadamente han sido infectados con VIH/SIDA y/o HCV van a mostrar un progreso acelerado de la condición o condiciones evidenciado con mayor incidencia de cirrosis, carcinomas hepatocelulares, infecciones oportunistas y cáncer relacionado con SIDA.

Al observar los datos en relación a salud física, se reporta que el 35% presenta un diagnóstico de Hepatitis C y 43% otra "enfermedad infecciosa" (ASSMCA, 2009). La información recopilada por Iniciativa Comunitaria, Inc. a través de uno de sus programas llamado Punto de Cambio y auspiciado por SAMSHA (número de identificación federal H 79 T1 018620), indicó que un 24.9% del total de participantes alcanzados entre abril de 2009 y mayo de 2012 reportaron haber sido diagnosticados con Hepatitis C.

Durante el último año del Programa PITIRRE se han identificado como las condiciones de salud física con mayor prevalencia la Hepatitis C (HCV) con un 18.20%, Asma con un 7.00%, HIV con un 4.84%, Hepatitis Viral con un 2.60%, Celulitis y Abscesos con un 2.40%, y Úlceras Crónicas con un 1.80% (Informe de Servicios Clínicos Programa PITIRRE 2013).

Existe una vulnerabilidad mayor entre usuarios de drogas inyectables (UDI) y la posibilidad de contraer el virus del VIH ante las conductas y dinámicas emitidas ante su condición de salud.

Puerto Rico presenta uno de los índices más altos de VIH/SIDA en Estados Unidos. En el 2013, Puerto Rico presentó 45,169 casos diagnosticados de VIH/SIDA. Entre estos casos 9,247 son VIH y 35,923 son SIDA según los datos reportados por Vigilancia SIDA (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2013). De acuerdo con estos datos, el grupo de edad de mayor acumulación de casos de VIH/SIDA es el de 25 a 34 años en ambos géneros con un 35% en varones y 36% en féminas y resulta importante observar que la categoría de transmisión de mayor porcentaje lo fue el uso de drogas inyectadas con un 45% del resto de las categorías de transmisión (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2013).

El uso de sustancias y los problemas de salud mental son una gran preocupación para la salud pública, ya que este desorden co-ocurrente se está volviendo un diagnóstico común para nuestra población. El término de diagnósticos co-ocurrentes se refiere a la combinación de alguna condición de salud mental con algún trastorno de uso de sustancias en algún momento en la vida de la persona.

El asunto del abuso y dependencia de drogas es complejo, ya que la droga por sí sola no es un problema, sino la relación que tenga la persona con la sustancia. Cuando el uso de la sustancia comienza a crear problemas en la vida de la persona y su uso comienza a ser compulsivo es cuando se puede identificar un desorden. Algunos estudios indican que al menos la mitad de las personas con algún tipo de adicción a drogas, alcohol, comida, juegos de apuestas, sexo, también tienen algún tipo de condición mental.

Los diagnósticos co-ocurrentes generalmente incluyen desórdenes de ansiedad, depresión, bipolaridad, esquizofrenia, estrés postraumático, entre otros. Pueden incluir combinaciones como alcoholismo y un desorden de ansiedad, esquizofrenia y dependencia de la marihuana, dependencia de la heroína y trastorno de personalidad limítrofe, depresión y dependencia de medicamentos para dormir (Center for Addiction and Mental Health, 2012).

Los diagnósticos co-ocurrentes son mucho más comunes que lo que las personas imaginan y su relación puede ser compleja. Los problemas de salud mental podrían ser un factor de riesgo para los trastornos de uso de sustancias, y a su vez los trastornos de uso de sustancias podrían ser un factor

de riesgo para algún problema de salud mental. La estabilidad afectiva, cognitiva y el comportamiento de las personas con algún problema de salud mental se ve afectado por el uso problemático de drogas. Los problemas de salud mental ponen en riesgo a las personas al entrar en un uso problemático de sustancias. Asimismo, existen factores de riesgo en común para los problemas de salud mental y el uso problemático de sustancias: problemas en el trabajo o la escuela, pobreza o inestabilidad económica, factores genéticos o biológicos, traumas o abusos, historial familiar, entre otros.

Según datos de la ASSMCA (2009), el 12% de los usuarios de heroína reportaron haber sido diagnosticados con depresión, 18% con ansiedad y 46% con bipolaridad. Por otro lado, si se observa por categorías de droga y de diagnóstico se ha encontrado que en uso de alcohol los diagnósticos de mayor prevalencia son ansiedad (9.6%), Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (6.5%) y depresión (4.5%) versus en el diagnóstico de dependencia del alcohol (uso de alcohol severo) los trastornos fueron ansiedad (21.2%), depresión (13.5%) y TDAH (7.7%).

En las categorías de drogas se encuentra que el uso de sustancias los trastornos de mayor prevalencia continúan siendo ansiedad (10%), depresión (5.6%) y TDAH (1.9%), de igual forma ocurre con la dependencia de sustancia (uso severo de sustancias) donde se observa que el diagnóstico de mayor prevalencia es depresión con un 18.1% (ASSMCA, 2009).

Por otro lado, datos encontrados del Programa PITIRRE (2013) indican que dentro de la población atendida el 50% tiene un diagnóstico de salud mental co-ocurrente con un uso problemático de sustancias. Entre las condiciones de mayor prevalencia entre los/as participantes del programa PITIRRE se ha identificado desórdenes de ansiedad con un 15.90 %, desórdenes del estado de ánimo episodio sencillo con un 13.85%, TDAH con un 10.26%, entre otros diagnósticos. Estos datos son cónsonos con los encontrados con la ASSMCA y en otras investigaciones.

La población con trastornos de uso de sustancias psicoactivas es una vulnerable y estigmatizada dentro de la sociedad puertorriqueña. Los datos evidenciados por la Coalición de Coaliciones Pro Personas sin Hogar (Censo de Boricua, 2013)

presentan que 1,654 personas viven sin hogar y de estas 786 tiene un uso problemático de sustancias o alcohol. Este informe establece que aproximadamente el 52.3% está más vulnerable a morir en las calles ante sus complicaciones de salud, poco acceso a servicios de salud y tratamientos.

Esta representación como minoría puede tener un impacto directo en el acceso a servicios especializados para la condición de uso problemático de sustancias y de diagnósticos co-ocurrentes. Los datos anteriormente lo confirman cuando sólo una de cada cuatro personas con problemas de uso de drogas ha buscado servicios especializados (ASSMCA, 2009).

Por otro lado, las variables de movilidad para acceso a las clínicas de tratamiento, factores económicos, falta de recursos de apoyo y la falta de plan médico pueden contribuir al deterioro crónico de las personas con condiciones de uso problemático de sustancias y co-ocurrencia.

¿Qué se ha hecho en Puerto Rico hasta el momento?

Las políticas establecidas en Puerto Rico para combatir el uso problemático de sustancias han demostrado su ineffectividad y la poca atemperación al contexto sociocultural en el que nos encontramos. El enfoque de "Mano Dura", la visión criminalista y las estrategias de atacar la oferta, sólo han resultado en mayores incrementos en conductas violentas asociadas al narcotráfico y al control de los puntos de drogas. Por otro lado, estas estrategias no reconocen o no conceptúan el uso problemático de sustancias como una enfermedad, negando la posibilidad de tratamientos adecuados a una población que se enfrenta a grandes dilemas ante su condición de salud.

Los puertorriqueños y aquellos/as que los dirigen deben comenzar a concienciarse de la importancia de una visión salubrista para la intervención con personas en uso problemático de sustancias. Los líderes deben recurrir a soluciones que incorporen múltiples disciplinas que permita trabajar con todos los factores determinantes que se manifiestan en una persona que experimenta un trastorno de uso de sustancias.

La investigación científica, las organizaciones profesionales como la Organización Mundial de la

Salud, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, y otras entidades concuerdan que es tiempo de comenzar a mirar nuevos paradigmas en política pública, tratamientos para los trastornos de uso de sustancias y programas de prevención y mercadeo social.

Puerto Rico se encuentra en los primeros pasos hacia un modelo salubrista con la medida del Proyecto del Senado 517 para despenalizar el uso de la marihuana y con el Proyecto de la Cámara 1362 que pretende crear un proyecto experimental para el uso terapéutico de la marihuana. Sin embargo, ambas medidas han encontrado opositores que niegan las posibilidades de avanzada, aunque limitadas, en el acercamiento para la intervención salubrista en el uso problemático de sustancias.

Algunas recomendaciones que entendemos son necesarias para contrarrestar la demanda van dirigidas a:

- 1) Promoción y mercadeo social de políticas, estrategias e intervenciones que estén basadas en la evidencia y no así en juicios morales.
- 2) Cambios en políticas públicas y legislación que sean cónsonas con modelos salubristas como lo es la despenalización, la medicalización, y descriminalización.
- 3) Alternativas de tratamientos en lugar de penas de reclusión por el uso de sustancias psicoactivas, en aquellos casos que se pueda desviar la atención del delito criminal. Se debe ampliar el alcance de las Cortes de Drogas que se tienen en el país a través de un análisis ponderado de su efectividad y áreas a fortalecer.
- 4) El desarrollo de un Plan Nacional de Drogas y Alcohol multisectorial dirigido a la reducción de los niveles de uso de drogas y alcohol, y a las consecuencias sociales, emocionales y físicas asociadas al uso problemático de sustancias. Este plan debe estar orientado a la prevención de conductas de riesgos e intervenciones complejas y holísticas de tratamiento.
- 5) Mercadeo social dirigido a comenzar a reestructurar cognitiva, afectiva y conductualmente a la sociedad sobre la conceptualización del uso problemático de sustancias como una enfermedad.

- 6) Fortalecer los servicios dirigidos a la reducción de daño como lo son los programas de intercambio de jeringuillas, uso adecuado de la parafernalia y rutas de administración, el tratamiento asistido por medicación (Metadona y Buprenorfina), prevención de ITS y VIH/SIDA, y estrategias de empoderamiento dirigidas a la negociación que permita reducir o limitar los daños ocasionados a la salud en personas que consumen drogas.
- 7) Eliminar la disparidad en el acceso de servicios de salud mental para personas con trastornos de uso de sustancias, ante las regulaciones y restricciones de los planes médicos respecto de la cantidad de citas, hospitalizaciones, limitación de servicios, entre otros.
- 8) Integración de los tratamientos para los trastornos de uso de sustancias en el sistema general de salud del país.
- 9) Fomentar el diseño de programas integrados de salud mental, salud física, prevención, y relaciones con la comunidad desde un marco conceptual de reducción de daño como estándar de cuidado para las personas en uso problemático de sustancias.
- 10) Adoptar intervenciones dirigidas a los inyectores a través de modelos de reducción de daño con estrategias como Inyección Supervisada, que han demostrado reducción en prácticas de inyección riesgosas, violencia comunal, muertes por sobredosis, reducción en la incidencia de casos de VIH y hepatitis C (HCV), y aumento en interés en acceso a servicios para trabajar con el uso problemático de sustancias.
- 11) Evaluar la efectividad de los programas de metadona con el propósito de hacer cambios en el marco conceptual de intervención, dando especial énfasis a aspectos psicosociales.

Qué funciona a nivel de prevención

- Cambios en la política de prevención para comenzar en intervención a edades tempranas (desde los tres años en adelante) y que esté dirigida a las escuelas, comunidades y trabajo, desde un enfoque primario, secundario y terciario de prevención.

- En la escuela, es imperativo trabajar dirigido a aumentar la percepción de los riesgos relacionados con el consumo de drogas y alcohol, evitar el desarrollo de conductas de riesgo asociadas, retrasar el consumo de alcohol u otras drogas, desarrollar resiliencia y trabajar desde la integración curricular temas de prevención.
- En la comunidad, se recomienda establecer planes locales por comunidad que respondan a las necesidades específicas y que ayuden en la identificación de factores de riesgo y factores protectores dentro de la comunidad.
- En el trabajo, se recomienda que el enfoque de prevención sea uno de apoderamiento ante factores de riesgo de consumo de sustancias, detención e intervención temprana y reintegración laboral.
- Mejorar la prevención desde las poblaciones a impactar con programas universales (comunidad en general), programas selectivos (poblaciones de alto riesgo), programas indicados y programas escalonados.

III. Deserción escolar

Recientemente los medios de comunicación han mostrado interés particular en la situación actual en la educación pública que reciben nuestros/as niños/as, dentro de esta categoría incluimos también a la creciente población de estudiantes que pertenecen al Programa de Educación Especial. Tanto el impacto mediático, como los constantes reclamos de padres, maestros y estudiantes provocan un cuestionamiento constante: ¿Los servicios que tenemos actualmente responden a la necesidad real de nuestro estudiantado?

La deserción escolar en Puerto Rico es uno de los principales problemas sociales y económicos al que nos enfrentamos. Se estimó que la tasa de deserción se encuentra en un 42%. En un estudio acerca de las necesidades sociales en Puerto Rico se estableció que la educación era una de las áreas de prioridad (Estudios Técnicos, Inc., 2007). Además en ese estudio se señaló el problema de deserción escolar en la Isla y las pocas oportunidades que existen de capacitación y adiestramiento para nuestros estudiantes.

De acuerdo con el Plan Estratégico del Departamento de Educación de Puerto Rico (Aragunde, Plan Estratégico 2005-2008, 2005), la meta estatal número uno era el desarrollo de la calidad de la dimensión académica, personal y social, y su primer objetivo es aumentar en un 10% la retención estudiantil. Esto evidencia que la deserción escolar es un problema real en nuestra sociedad el cual se ha querido atender formalmente. Sin embargo, las estadísticas disponibles para el año 2006 del Departamento de Educación revelaron que cerca del 40% de los alumnos del sistema escolar público abandonan la escuela antes de completar el cuarto año de escuela superior (Irizarry, 2006) y se estimó que para el año 2006 el 33.9% de la población mayor de 24 años en Puerto Rico no se había graduado de escuela secundaria (U.S. Census Bureau, 2006).

Recientemente estas cifras fueron corroboradas por el secretario designado de Educación, Rafael Román, durante una entrevista radial (Radio Isla) el pasado 12 de marzo de 2013, donde indicó que la incidencia de deserción escolar en Puerto Rico continuaba rondando en el 40%. Los que nos hace reflexionar que la implementación de estrategias utilizadas en los pasados años no ha resultado del todo efectiva.

Percibimos un sistema educativo que no se ajusta a las necesidades actuales que enfrenta nuestra sociedad, y que aliente al estudiantado a culminar como mínimo sus estudios de educación superior. Esto en sí mismo puede considerarse un grave problema social, pues la literatura arroja que la deserción puede ser el comienzo de otros nuevos problemas sociales. Con el inconveniente de traer consecuencias adversas al futuro de nuestro país, agudizando el enorme costo económico y social.

La situación de nuestra educación acarrea una problemática multifactorial compleja con un alto costo social. La tendencia de los jóvenes que desertan influye posteriormente en altas cifras de desempleo, elevados índices de pobreza, uso de sustancias y violencia. La población de confinados en instituciones penales, tanto de jóvenes como de adultos, en su mayoría no completaron su cuarto año de escuela superior. El promedio de éstos dejó la escuela en el nivel intermedio entre los grados de noveno a undécimo. El perfil de jóvenes confinados corresponde a haber desertado, tener o haber tenido historial como usuario de sustancias controladas, baja o ninguna participación del mercado de trabajo, historial de víctimas de la violencia emocional y física

en el seno familiar que los ha afectado emocionalmente, y por consiguiente muestran la tendencia a manejar la frustración y los conflictos con modos violentos en su unidad familiar, en su ambiente social, incluyendo la institución escolar.

De otra parte, las pruebas de aprovechamiento académico y de destrezas administradas periódicamente en las escuelas del sistema educativo público reflejan niveles significativamente bajo la norma de pro eficiencia en las destrezas básicas lo que refleja altas tasas de rezago en el aprendizaje. Este grupo de alto rezago académico son jóvenes en alto riesgo, quienes eventualmente abandonan la escuela.

Como parte de las conclusiones del estudio realizado para el Departamento de Educación (Pérez y Helvia, 2006), se estableció que existe entre los desertores un patrón de alienación y de conflicto con la escuela. Como parte de las razones para abandonar la escuela apuntaron a un currículo aburrido, sin interés y sin sentido de aplicación a su diario vivir; a las relaciones de conflicto con los maestros, que no les explican las lecciones discutidas en clases ni les contestan las preguntas; y que no logran comprender el material de sus clases.

Otros aspectos señalados por los autores fueron los conflictos con la figura del maestro, carencia de disciplina asertiva y violación a las normas institucionales, además se identificaron en el estudiantado factores como el manejo de conflictos con estilos violentos y uso de drogas. En el caso de las féminas, además de estos factores, predomina su embarazo en su etapa adolescente, matrimonio o emparejamiento.

Un abordaje efectivo de esta situación es el desarrollo y la implementación de un procedimiento de identificación en etapas tempranas en los grados al nivel elemental de factores de riesgo para la deserción escolar. Sin embargo, este proceso para ser realmente efectivo, junto a las estrategias de intervención y prevención, debe ser creado y pensado a partir de las características específicas de la población a ser impactada. Un sistema de monitoreo permanente debe incluir una revisión anual de los/as estudiantes que son identificados como potenciales desertores.

Para que se produzca un cambio real debe existir fuerza de voluntad y consenso a que el reajuste de procesos es necesario. Además, los programas

educativos deben ser diseñados para lograr un mejor rendimiento académico y ajustados a la realidad de los/as estudiantes.

Otras estrategias efectivas incluyen el fomentar diversidad en currículos en programas vocacionales y la creación de programas de orientación y apoyo al sistema familiar y comunitario. En adición, se ha identificado la necesidad de transformar el contenido segmentado del currículo, las estructuras rígidas de organización, y los estilos pedagógicos lineales y autoritarios, los cuales responden a una visión fragmentada de la educación, así como a prácticas excluyentes que privilegian ciertas disciplinas y evitan otras de manera selectiva, promoviendo el conformismo y la anulación de la creatividad.

Sin embargo, es preciso enfatizar que la deserción escolar es un fenómeno multifactorial, lo cual queda evidenciado en las múltiples y variadas investigaciones del tema. Esto plantea la necesidad de reconocer e identificar, junto a los factores escolares, la presencia de otros factores importantes, como baja escolaridad familiar y pobreza.

Las características biológicas, psicológicas y sociales de los/as estudiantes y la influencia de otros microsistemas tales como la familia, la influencia de pares y las peculiaridades de la comunidad en la que crecen también influyen significativamente en el abandono escolar. A medida que analizamos los datos de las investigaciones acerca del fenómeno de la deserción escolar, y los resultados de estudios sobre los modelos y prácticas educativas, aumenta la evidencia que sugiere que la deserción escolar es el resultado de una combinación de factores de riesgo individuales, de estructura social y académicos.

Por esta razón, es importante que el modelo escolar que se promueva para trabajar con esta situación se logre de forma integrada, enfatizando tanto el desarrollo académico como en los aspectos socio-emocionales y culturales, y el interés, trabajo y compromiso de sectores como la familia y la comunidad.

Conclusión

Los problemas sociales y psicológicos que hemos discutido aquí se documentan en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, algunas sociedades, algunas del mismo tamaño o con condiciones similares a Puerto Rico, han podido establecer programas universales de prevención e intervenciones remediativas efectivas.

Las preguntas fundamentales que nos hacemos son:

1. ¿Qué estamos haciendo en Puerto Rico, de manera sistemática y científica, para atajar estas problemáticas?

La respuesta es que en todos los renglones identificados - la violencia, el uso problemático de sustancias y la deserción escolar – encontramos primordialmente esfuerzos dispersos, no coordinados y mayormente no basados en la evidencia, o no evaluados.

Hay una necesidad imperante de coordinar esfuerzos y coaliciones que incluyan a las universidades, agencias gubernamentales y comunitarias, y a las comunidades más afectadas.

2. ¿Se están invirtiendo los suficientes recursos humanos y económicos para prevenir estos problemas?

La mayoría de los esfuerzos son en el área remediativa, aunque hay evidencia plena de que la prevención es mucho más costo-efectiva que esfuerzos remediativos. La prevención de estos problemas requieren intervenciones coordinadas a todos los niveles: individuo, familia, escuela y comunidad. Puerto Rico tiene que crear esfuerzos coordinados de programas preventivos. Hay fondos federales que se podrían solicitar a través de propuestas escritas en conjunto con agencias gubernamentales y comunitarias, universidades y comunidades.

3. ¿Las intervenciones que se utilizan en Puerto Rico tienen una práctica basada en la evidencia?

La mayoría de las prácticas de intervención existentes en Puerto Rico no están basadas en prácticas que han sido validadas científicamente, ni tienen un componente de evaluación riguroso. Alianzas entre universidades, agencias gubernamentales y comunitarias, y las comunidades involucradas son críticas si se quiere en avanzar hacia la sistematización de nuestras intervenciones a nivel preventivo y remediativo.

4. Se están documentando de manera rigurosa los resultados de las intervenciones en Puerto Rico?

Hay muy poca documentación de la efectividad de intervenciones en Puerto Rico. Muchas prácticas se mantienen aún cuando los problemas persisten o se magnifican. Las universidades pueden asistir en la evaluación de las intervenciones en Puerto Rico. Hay fondos federales disponibles para dar apoyo a estos esfuerzos.

En resumen, éstas y otras preguntas hay que contestarlas, no con retórica y subterfugios, sino con la creación a gran escala de programas remediativos y preventivos coordinados a múltiples niveles.

Muchos profesionales salen de nuestras universidades plenamente preparados para atender de manera responsable y efectiva estos problemas, los cuales son eminentemente multi-causales. La solución de estos problemas requiere de las mejores mentes de nuestro pueblo, y claro está, con los recursos necesarios que les permitan atender los sistemáticamente en niveles múltiples los diversos factores de riesgo.

Esperamos que el esfuerzo que hemos dedicado a la redacción de este Manifiesto sea un paso sólido y definitivo para atender de manera efectiva estas problemáticas sociales. Otros países lo han hecho. ¿Por qué no Puerto Rico?