

Modelos psicosociales de cuidado coordinado para menores en edad escolar

Coralee Pérez-Pedrogo, Ph.D.

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO, RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD CARLOS ALBIZU

Ángela Pérez-Morales, M.S.

UNIVERSIDAD CARLOS ALBIZU

Palabras clave: cuidado coordinado, servicios psicosociales, determinantes sociales de la salud

Nota de Autor

El programa psicosocial implementado en escenario escolar que se esboza en este documento es subvencionado por el Departamento de Educación de Puerto Rico, a través de los fondos de Título IV, Parte B correspondientes a la iniciativa *21st Century Community Learning Centers*, en el cual la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas es el socio científico.

Para información sobre este programa debe comunicarse con la Sra. Cristina Miranda Palacios, División de Servicios Comunitarios, Centro de Investigación y Evaluación Sociomédica, Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Plaza Universitaria 3, Ave. Universidad, San Juan, Puerto Rico 00925-2162; <http://dsc-cies.org/>

Modelos psicosociales de cuidado coordinado para menores en edad escolar

El concepto de Psicopatología del Desarrollo incluye tres aspectos esenciales: (1) ofrece una perspectiva en la cual se estudia la etiología de los síntomas o condiciones mentales estableciendo un comienzo en la niñez o adolescencia;

(2) es un acercamiento multidisciplinario que enlaza el desarrollo normativo al desarrollo no normativo y que da bases al estudio de la psicopatología; y; (3) disciplina que enlaza la Psicología y la Psiquiatría, trascendiendo el énfasis usual en diagnósticos clínicos (Hinshaw, 2013). A través de la interacción de los conceptos de prevención, así como del rol de la biología y del contexto social como determinante de la salud, la Psicopatología del Desarrollo persigue obtener un entendimiento más profundo de las vulnerabilidades – consideradas como continuidades o discontinuidades –, en las características de personalidad, patrones de conducta y respuestas emocionales de los niños y adolescentes (Nisenbaum, 2005). Esta interacción redundante en una amplia comprensión de la multiplicidad de historiales psicosociales que llevan a un diagnóstico común, o de cómo personas con historiales psicosociales similares desarrollan o no discontinuidades en su proceso de desarrollo.

Tanto la biología como las experiencias tempranas, influyen en el desarrollo del menor. Experiencias positivas como relaciones de apego saludables y seguras, amplias oportunidades de aprendizaje, una nutrición adecuada, suficiente ejercicio y descanso, pueden impactar significativamente el desarrollo de un niño (Torres, 2015). Por otro lado, experimentar eventos adversos en la niñez como por ejemplo, la disfunción familiar, el maltrato, abuso, o negligencia, ser expuesto a la violencia, o sufrir trauma pueden afectar negativamente el desarrollo infantil (García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E., 2013). La literatura ha señalado que no solo los factores conductuales, emocionales y discontinuidades del desarrollo en la niñez o adolescencia típicamente persisten hasta la adultez, sino que lo que es considerado un trastorno en la adultez, típicamente tiene precursores identificables en momentos tempranos del desarrollo (Kessler et al., 2005, citado por Hinshaw). El presente trabajo pretende abordar cómo este modelo ha sido la base para entender los determinantes sociales de la salud y su impacto en el desarrollo humano. A su vez, se hace un análisis de algunos programas de apoyo psicosocial en América Latina y Puerto Rico que tienen un impacto en atender la brecha de la desigualdad en los determinantes sociales de la salud.

Determinantes sociales de la salud y su impacto en el desarrollo humano

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2008), los determinantes sociales de la salud se definen como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Dichas

circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. A nivel mundial, alrededor de 200 millones de niños y niñas no cuentan con un desarrollo óptimo (OMS, 2008). Por ejemplo, se ha documentado que diversidad de factores asociados como el acceso reducido a la educación, el desempleo y el alto grado de desigualdad en los ingresos, por mencionar algunos, generan violencia en muchos niveles (Berkman, 2007); la cual afecta adversamente el desarrollo físico, social y emocional de los niños y jóvenes.

Estos determinantes sociales de la salud de los niños y jóvenes son de particular relevancia. Es por esto que diversos peritos han destacado la importancia de lograr la inclusión desde el inicio de la vida, durante la niñez y adolescencia dentro de un sistema que incluya el reconocimiento de los derechos de los niños y adolescentes; el reconocimiento de los límites del modelo médico para atender todas sus necesidades; modelos de atención primaria integral que favorezcan las acciones preventivas sobre las curativas; la promoción de modelos que se enfoquen en el niño como integrante de un contexto social, económico y político amplio, entre otros (Evans, 1998).

La desigualdad está estrechamente relacionada con la marginalización, la falta de acceso real a oportunidades, servicios e información, la protección de los derechos y la movilidad socio económica (Departamento de la Familia de PR, 2014). Una de las áreas básicas es el acceso a la educación, la cual tiene efectos importantes en la equidad sanitaria. De acuerdo a un informe de la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (ECLAC, por sus siglas en inglés), para el año 2010, la Región de las Américas tuvo un nivel de alfabetización de 93% (ECLAC, 2010). Sin embargo, cuando se analizó el tiempo promedio de permanencia en la escuela, se encontró que ésta mermaba según transcurrían los años escolares. Las tasas netas de asistencia a la escuela primaria, secundaria y terciaria fueron 94%, 70% y 25%, respectivamente (ECLAC, 2010); lo que destaca la falta de continuidad en la escolaridad a medida que las personas alcanzan su edad productiva. Este dato es similar al observado en Puerto Rico. De acuerdo al Reporte de Deserción Escolar 2014-2015, nuestros estudiantes en edad escolar muestran tasas de deserción que van aumentando por grado desde séptimo hasta décimo grado. El Manual de Política Pública para el Índice de Graduación de Escuela Superior del Departamento de Educación de Puerto Rico, ha establecido una tasa superior a 62%, como meta anual para evaluar el logro (Departamento de Educación, 2016), a pesar de que este índice es menor al de muchos países en desarrollo.

En cuanto a la tasa general de alfabetización, los datos publicados por el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico (2012), muestran una tasa de 92% de la población adulta. En comparación con el Censo de 1990, la tasa de alfabetización en adultos

La desigualdad está estrechamente relacionada con la marginalización, la falta de acceso real a oportunidades, servicios e información, la protección de los derechos y la movilidad socio económica.

experimentó un aumento de 2.4 puntos porcentuales. Las mujeres presentaron una tasa de alfabetismo (92.5%) superior a los hombres (91.4%). Para el año 2010, el *Global Age-specific Literacy Projections* (GALP) del UNESCO *Institute for Statistics* (UIS, por sus siglas en inglés), proyectó en un 90.4% la tasa de alfabetización, para jóvenes y adultos de 15 a 24 años de edad en Puerto Rico; esta tasa de alfabetización resulta inferior a los estimados del GALP para países como Italia (98.9%), y Cuba (99.8%), entre otros, pero superior a los estimados para países como Jamaica (86.6%), Guatemala (75.2%), y Egipto (72.0%) (Disdier, Pesante y Marazzi, 2012). Estos datos implican que si bien hemos sido exitosos en alfabetizar nuestra población, hemos presentado retos como los esbozados arriba, para lograr la retención de nuestros estudiantes hasta la escuela superior.

La deserción escolar es un problema educativo que afecta adversamente el desarrollo de nuestra sociedad, afectando principalmente a los estudiantes más pobres y vulnerables de distintas sociedades (Román, 2009). Esta problemática impacta, no solo a los niños y adolescentes que dejan de asistir a la escuela, sino que de manera indirecta incide en toda la comunidad, contribuyendo al incremento de la marginación y de la exclusión social, afectando a la sociedad en su conjunto. Una baja escolaridad trae como consecuencia una mayor tasa de desempleo, así como violencia y delitos. Los jóvenes que abandonan la escuela tienen mayores probabilidades de adoptar conductas de alto riesgo, incluidas las consecuencias más obvias de la interrupción temprana de los estudios: la disminución de la capacidad para alcanzar y retener un empleo que le remunere de acuerdo a sus capacidades y que les resulte una oportunidad, funciona como factor de riesgo en el inicio de conductas de uso problemático de sustancias y, la paternidad o maternidad precoz (Gutiérrez, 2013). Toda la sociedad paga el precio por los factores psicosociales asociados a la pobreza y a la marginalización, tanto en términos de costos directos como indirectos. Los costos indirectos representan las consecuencias económicas a largo plazo para la sociedad a causa de dichos factores psicosociales. Esto incluye los costos asociados con el uso incrementado del sistema de cuidado de salud, la actividad criminal juvenil y adulta, las enfermedades mentales, el abuso de sustancias y la violencia doméstica (Montoto, L., Zárate, S. y Schlueter, R., 2015). Un estudio encontró que todas las categorías de experiencias adversas de la niñez se asocian con un mayor riesgo de problemas de empleo, problemas financieros y el ausentismo (Anda et al., 2004). Según los autores, estos costos a largo plazo, tanto para la fuerza laboral como para la sociedad, son evitables.

Factor de la pobreza.

La pobreza, que afecta a gran parte de nuestras comunidades, es un factor determinante relacionado a las dificultades psicosociales. Esto ante la realidad de que las desigualdades económicas son factores de riesgo para una gran mayoría de las manifestaciones de la violencia (Rodríguez et al., 2016). Los datos del Censo de 2010 confirman esta tendencia de lo que se puede denominar “la infantilización de la pobreza”, particularmente cuando la jefa de la familia es una mujer soltera. En Puerto Rico, poco más de un tercio (36.9%) de las familias con niños menores de 6 años de edad son familias con madres solteras (Departamento de la Familia, 2015).

Los datos del Censo de Estados Unidos también reflejan que la mitad de las familias (51.7%) que viven con niños menores de 5 años de edad en Puerto Rico viven bajo el nivel de pobreza. En 55 municipios (70.5% de todos los municipios), el 50% o más de las familias que viven con niños menores de 5 años de edad viven bajo el nivel de pobreza.

Cónsono con los niveles de pobreza descritos anteriormente, el 53% de los niños y niñas entre las edades de 0 a 8 años participan del Programa de Asistencia Nutricional (PAN). En 58 municipios (74.4% de todos los municipios), el 50% o más de los niños entre las edades de 0 a 8 años de edad participan del Programa de Asistencia Nutricional (PAN).

Factor del desempleo.

Otra fuente que abona a la desigualdad económica de las familias en Puerto Rico es la tasa de desempleo. En 2013, el porcentaje de personas en la fuerza laboral sin trabajo se estimó en un 12.3% (Departamento de la Familia, 2014). Otros datos nos demuestran que en 2011, este porcentaje aumentó a un 29% en familias con hijos menores de seis años de edad (Advantage, 2014). La situación económica en general apunta al crecimiento de desigualdades económicas entre los residentes de Puerto Rico, al ver cómo ha aumentado en los últimos diez años la deuda de los consumidores y el decrecimiento en índice de valor de los ingresos en el mercado (Departamento de la Familia de Puerto Rico, 2014).

Tomados en conjunto, estos factores: deserción, pobreza y desempleo desencadenan en violencia comunitaria que a su vez afecta el desarrollo de la próxima generación de niños y adolescentes. La *exposición a la violencia comunitaria* está entre las experiencias más perjudiciales que pueden vivir los niños y jóvenes,

afectando su forma de pensar, sentir y actuar (Guerra & Dierkhising, 2011). Si bien es cierto que el manejo del estrés es parte del proceso de desarrollo de la niñez, la gravedad de estos eventos alteran el desarrollo de las conexiones neuronales, lo cual conlleva problemas cognitivos y psicológicos, y la activación prolongada del sistema de respuesta al estrés el cual puede afectar los órganos, causando afecciones que duran toda la vida. Algunas condiciones que han sido relacionadas son: enfermedades cardíacas y pulmonares, cáncer, alcoholismo, problemas de la memoria, dificultades en el aprendizaje y para realizar varias tareas a la vez, uso problemático de sustancias, ansiedad y depresión (Borofsky, Kellerman, Baucom, Oliver, & Margolin, 2013; Buka, Stichick, Birdthistle, Earls, 2001; Shonkoff & Garner, 2012; National Scientific Council on the Developing Child, 2005). En resumen, resulta imperante dirigir esfuerzos en reducir la brecha de la desigualdad en los determinantes sociales de la salud. Diversos países han realizado esfuerzos para identificar y generar intervenciones para subsanar dicha brecha. La necesidad de enfocarse en la infancia y la niñez es indispensable, dada la creciente evidencia científica en Salud del Desarrollo que sugiere que los primeros años de vida juegan un papel fundamental para generar y mantener las inequidades socioeconómicas en salud en la vida adulta (Jasso-Gutiérrez & López Artega, 2014).

Esfuerzos en reducir la brecha de la desigualdad en los determinantes sociales de la salud

América Latina

Si bien las Américas ha sido considerada la región donde se ha reportado el mayor índice de desigualdad, América Latina tiene una larga tradición de prestar atención a las inequidades, intentar abordar los determinantes de salud y luchar porque estos esfuerzos se traduzcan en acción política (Organización Mundial de la Salud, 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2012). Por ejemplo, desde el 2004, la ciudad de Bogotá en Colombia, ha implementado el programa *Salud a su Hogar* el cual incluye cinco componentes básicos: (1) necesidades de alfabetismo de los grupos de la población; (2) determinación de las inequidades; (3) promoción de las actividades intersectoriales; (4) ejecución del presupuesto participativo, y; (5) empoderamiento de las comunidades. El programa ha permitido obtener resultados importantes en cuanto a los indicadores clásicos de salud pública, que a su vez han mejorado el índice de desarrollo humano. Hoy día, la ciudad de Bogotá tiene una nueva visión política donde se ha reorganizado el distrito estatal como

una manera de fortalecer la participación social y, a su vez, reforzar la ciudadanía activa (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Por su parte Chile, ha incorporado los determinantes de la salud en los procesos de reforma sanitaria. La Ley número 20.379, aprobada por el Congreso en 2009, estableció el programa *Chile Crece Contigo*, el cual garantiza protección social para todos los niños en la infancia temprana (hasta los 4 años de edad) (Vega, 2011). Los componentes fundamentales de esta Ley incluyen pero no se limitan a: apoyo psicosocial directo, apoyo financiero y acceso a los programas sociales. El componente de apoyo psicosocial directo del Programa facilita a través de criterios establecidos, qué familias están en situación de pobreza extrema. Una vez éstas han sido identificadas, se les invita a coordinar una cita con un asistente o trabajador social que les ayuda a fortalecer sus vínculos con las redes de relaciones sociales y a obtener acceso a servicios sociales. También se les presta ayuda económica en forma de transferencias de dinero en efectivo y pensiones, así como subsidios. Una de las grandes fortalezas de este programa es que tiene un enfoque multisectorial que promueve el desarrollo del menor en la primera infancia, mediante programas de educación preescolar, revisiones médicas preventivas, mejores licencias laborales para los cuidadores y mayores beneficios para los niños. También ofrece un mejor acceso a los servicios de atención infantil, a la vez que hace valer el derecho de las madres que trabajan a lactar a sus bebés, con la finalidad de fomentar su participación en el mercado laboral (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Otro proyecto de gran envergadura desarrollado por el Ministerio de Salud de Chile es el programa de servicios psicosociales para menores que viven con VIH/SIDA que se atienden en el sistema público de salud. Este programa está dirigido a desarrollar y fortalecer: (1) las destrezas de autocuidado, incluyendo aspectos sobre su sexualidad e integración social; (2) mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral y a los controles de salud; y, (3) comunicación sobre el diagnóstico. Entre las técnicas de autocuidado que promueven se encuentra presentar estrategias cognitivas, afectivas y conductuales a través de las cuales identifican y trabajan situaciones de riesgo para el propio bienestar, disminuyendo el aislamiento y contribuyendo a la autonomía a través de la integración social. Promueven además la identificación de síntomas asociados con depresión y ansiedad para atenderlos. Destacan que la integración social es una necesidad básica humana a través de la cual se obtienen importantes fuentes de gratificación para las personas, en particular los niños y adolescentes (Hernández-Careaga & Pherson-Céspedes, 2009).

Por su parte México, ha dirigido sus esfuerzos en desarrollar e implantar programas psicosociales en escenarios escolares. En 2013, el gobierno de la República de México establece el Programa Nacional para la Prevención del Delito, dentro del cual se desarrollan iniciativas para la prevención de la violencia en el

entorno escolar y la detección e intervención temprana de problemas de aprendizaje y conductuales (Comisión Intersecretarial para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia, 2013). Esto, para evitar la deserción escolar causada en ocasiones por problemas de aprendizaje, emocionales, conductuales, entre otros. Uno de los enfoques de esta iniciativa es ofrecer información, capacitación al menor y su familia, así como mecanismos alternativos de resolución de conflictos. Se le provee servicios individuales que sean responsivos a la situación identificada en el menor y su familia.

Puerto Rico

El gobierno central de Puerto Rico a través del Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), provee servicios de salud mental, siendo *APS Healthcare Puerto Rico* la única Organización de Salud Conductual (MBHO, por sus siglas en inglés) que ofrece dichos servicios (APS Healthcare, 2015). Esta iniciativa no se implementa en escenarios escolares, sino que responde al estándar de cuidado para los participantes de la Reforma de Salud de Puerto Rico, sean estos niños, adolescentes o adultos.

A través del Departamento de Educación (DE), el gobierno central atiende las necesidades psicosociales de los estudiantes del sistema educativo público del país a través de diversos programas adscritos a la Secretaría Auxiliar de Servicios Académicos y de la Secretaría Auxiliar de Servicios de Ayuda al Estudiante. Entre las iniciativas que éstas auspician están: (1) Programa de Salud Escolar, enfocado en la prevención y el control de la violencia, la prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas y la promoción de conducta sexual saludable; (2) Programa de Orientación y Consejería Escolar; (3) Programa de Trabajo Social Escolar y; (4) el Programa de Servicios Interdisciplinarios para la Convivencia Escolar (Departamento de Educación, 2016). Otro programa emblemático del DE es el Programa de Educación Especial, a través del cual se ofrecen servicios psicológicos que incluyen evaluaciones con el fin de diseñar planes educativos, terapias individuales y orientaciones a familias.

Si bien estos Programas fueron desarrollados para atender a la población escolar, se ha cuestionado la calidad de los servicios que se prestan, específicamente en el Programa de Educación Especial. El Memorial para Resolución del Senado 403 del 27 de mayo de 2015 presenta las siguientes denuncias: (1) La duración de las intervenciones son inadecuadas y no necesariamente cumplen con los estándares de calidad de la profesión. Ejemplo de estas intervenciones son: evaluaciones psicológicas de 1 hora de duración o en una sola sesión, cuando lo recomendado es 5 sesiones de 2 horas de duración cada una; terapias individuales y/o familiares de 30 minutos de duración, determinado por la agencia y no por el profesional,

cuando la duración abreviada afecta los procesos de terapia que requieren de un servicio fluido, del desarrollo de alianza terapéutica y de un cierre que permita integrar los procesos; (2) Coordinación de terapias grupales con cantidad excesiva de participantes y con diversos diagnósticos que requieren intervenciones diferentes, no compatibles entre sí; y, (3) Otras responsabilidades de los psicólogos que ofrecen servicios al Departamento de Educación, incluyen la comunicación con los cuidadores, maestros y trabajo administrativo como manejo del expediente, notas de progreso y redacción de informes. No obstante, estos servicios no pueden ser facturados a pesar de que los mismos son vitales para el progreso y la calidad del servicio. Por último, se reconoce que la privacidad y confidencialidad de los servicios son esenciales en la provisión de tratamiento de salud mental. Sin embargo, las facilidades físicas no siempre garantizan la privacidad y confidencialidad que exige el Código de Ética. Esto debido a que muchos servicios son subcontratados, lo que impacta el desarrollo de programas efectivos de tratamiento en este escenario.

Estos datos sostienen que si bien el gobierno central de Puerto Rico ha desarrollado iniciativas para atender las necesidades psicológicas de nuestros estudiantes, siguen siendo apremiantes, lo que destaca la necesidad y el valor de algunas iniciativas que se establecen en el escenario escolar. Es de conocimiento general que dentro de la perspectiva del desarrollo es fundamental tratar desde una mirada contextual tanto la salud física como la emocional del menor a través de intervenciones coordinadas (Cicchetti & Rigosch, citado por García-Coll, Berrios-Mota, Rivera-Negrón, Landrau y Romero, 2016). En Puerto Rico, existen pocas iniciativas dirigidas a facilitar la provisión de servicios coordinados a la población de niños y adolescentes donde se evalúe la efectividad de éstos. Entre éstas se destacan el Programa Familias Saludables Puerto Rico, las Clínicas de Salud Escolar y el Programa Futuro.

Programa Familias Saludables Puerto Rico.

Desde febrero 2012, el programa Familias Saludables Puerto Rico (FSPR) ofrece servicios a adolescentes embarazadas hasta los 21 años de edad y a sus hijos hasta los tres años de edad en cinco municipios: Barranquitas, Jayuya, Maunabo, Orocovis y Patillas. El mismo es implementado a través de una colaboración tripartita de gobierno, comunidad, y academia. El gobierno colabora a través de la División de Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud quien administra la propuesta con los fondos del *Maternal, Infant and Early Childhood Home Visiting Program for Puerto Rico (PR MIECHV)* del *Affordable Care Act* financiados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HRSA, por sus siglas en inglés). Por su parte, dos centros de salud primaria y una universidad (Centro de Servicios Primarios de Salud de Patillas, Salud Integral de la Montaña,

y la Universidad Metropolitana) sirven como los implementadores a nivel de comunidad. La academia sirve como socio científico a través de la División de Servicios Comunitarios del Centro de Investigación y Evaluación Sociomédica del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico quienes ofrecen asistencia técnica a nivel local y fungen como evaluador del programa.

FSPR utiliza el modelo de visitas al hogar basado en evidencia *Healthy Families America* e incorpora el currículo de desarrollo de destrezas parentales y apego Criando Niños Fantásticos (GGK, por sus siglas en inglés). Dicho programa utiliza las visitas al hogar para promover mejor salud prenatal y maternal en las adolescentes, mayor apresto escolar entre éstas, el desarrollo saludable de sus hijos (infantes y niños), y reducción en la incidencia de maltrato infantil. De igual modo, aspira a mejorar las destrezas de crianza en los padres y madres, aumentar el estatus socio-económico familiar, mejorar la coordinación de recursos comunitarios y de apoyo, así como reducir la criminalidad y violencia doméstica.

La participación en el programa FSPR es voluntaria y libre de costo. Consiste de visitas a los hogares de las familias por personal adiestrado en el modelo y el currículo desde el embarazo hasta que el niño cumple 3 años de edad. Al inicio, las visitas son semanales y según la familia va cumpliendo con las metas establecidas, se va disminuyendo la intensidad de las visitas a bisemanal, mensual y por último trimestral. Esto para generar mayor apego, respeto, seguridad en el hogar y autonomía. El personal educa a las familias participantes sobre aspectos relacionados al embarazo, orienta acerca de las etapas de desarrollo del bebé y desarrolla en conjunto con ellas estrategias de crianza positiva. Además de hacer cernimientos que identifican rezagos en el desarrollo, también se identifican conductas de alto riesgo, maltrato o negligencia y se hacen los referidos correspondientes.

Para garantizar la calidad del programa y la fidelidad al modelo, se espera que cada visitadora haga un máximo de 12 visitas semanales. Por lo tanto, durante el primer año se impactan 12 familias por visitadora. Durante el segundo año de participación aproximadamente se espera que las familias se muevan a visitas bisemanales y esto abre espacio a reclutar nuevas familias. Cada visitadora puede tener hasta un máximo de 20 familias en diversos niveles de intervención.

En septiembre 2016, la Oficina de Planificación, Investigación y Evaluación de la Administración de Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, publicó el Resumen Ejecutivo donde se presentó la evidencia de efectividad de este Programa. Se encontró que el modelo *Healthy Families America* tuvo uno o más efectos favorables en: la salud materna, la salud infantil, las prácticas parentales positivas, el desarrollo del menor y la preparación escolar, la autosuficiencia económica familiar, los vínculos y las referencias a los recursos y apoyos comunitarios. También se encontró una reducción en los índices

de maltrato infantil, delincuencia juvenil, violencia familiar y crimen (Sama-Miller, Akers, Mraz-Esposito, Avellar, Paulsell, & Del Grosso, 2016).

Diversos estudios han reportado que la implementación del modelo *Healthy Families America* ha traído consigo beneficios tanto para los cuidadores como para los infantes. LeCroy y Krysik (2011) encontraron que las madres participantes en *Healthy Families America* redujeron su consumo de alcohol (16.5% y 12% a los 6 y 12 meses, respectivamente) comparado con el grupo control. También se ha reportado que los niños en *Healthy Families America* obtienen mejor acceso a servicios de salud, evidenciado por las tasas de seguro médico durante el primer y segundo año de edad (Mitchell-Herzfeld, Izzo, Greene, Lee, & Lowenfels, 2005; Caldera, Burrell, Rodríguez, Crowne, S.S., & Duggan, 2007), contacto con proveedores de salud primaria, y una cantidad mayor de visitas preventivas al pediatra (Landsverk, Carrilio, Connelly, Ganger, Slymen, & Newton, 2002). Además, se ha reducido la tasa de recién nacidos de bajo peso al nacer entre las mujeres embarazadas que se matricularon en el modelo (Lee, Mitchell-Herzfeld, Lowenfels, Greene, Dorabawila, & DuMont, 2009).

La prevención de la Experiencias Adversas en la Niñez (ACE, por sus siglas en inglés) es esencial para la salud y la productividad a lo largo de la vida. Cinco estudios de *Healthy Families America* muestran 17 beneficios significativos en esta área, incluyendo la reducción del maltrato infantil (DuMont, Mitchell-Herzfeld, Greene, Lee, Lowenfels, Rodríguez, et al., 2008; Duggan, Caldera, Burrell, Rodríguez, Crowne, S.S., & Duggan, 2007; Duggan, McFarlane, Fuddy, Burrell, Higman, Windham, et al., 2004), castigo físico (Duggan, Caldera, et al., 2007; Duggan, McFarlane, Fuddy, Burrell, Higman, Windham, et al., 2004), gritos (LeCroy & Krysik, 2011) y un mejor uso de la disciplina no violenta (DuMont, Kirkland, Mitchell-Herzfeld, Ehrhard-Dietzel, Rodríguez, Lee, Layne, & Greene, 2010) basado en auto-reportes ofrecidos por los cuidadores.

Healthy Families America involucra tanto a cuidadores como a los menores para asegurar que éstos estén preparados para tener éxito en la escuela. Estudios han encontrado mejoría en el desarrollo cognitivo de los niños de uno y dos años de edad, y menos problemas de comportamiento que puedan interferir con el aprendizaje a los dos y tres años de edad (Caldera, Burrell, Rodríguez, Crowne, S.S., & Duggan, 2007; Landsverk, Carrilio, Connelly, Ganger, Slymen, & Newton, 2002). Este impacto a edad temprana conduce a mayor éxito escolar, con menos niños repitiendo el primer grado (Kirkland & Mitchell-Herzfeld, 2012), y reduciendo el número de niños en programas de educación especial (DuMont, Kirkland, Mitchell-Herzfeld, Ehrhard-Dietzel, Rodríguez, Lee, Layne, & Greene, 2010).

La mayoría de los cuidadores que participan del modelo no han terminado la escuela secundaria cuando se inscriben, un paso crítico para el futuro potencial

de ingresos. *Healthy Families America* ayuda a las nuevas madres y a los nuevos padres a encontrar la motivación y los recursos para avanzar en su educación. Se ha encontrado un aumento en la educación de los cuidadores participantes de uno a tres años (Anisfeld, Sandy, & Guterman, 2004; LeCroy & Krysik, 2011; Landsverk, Carrilio, Connelly, Ganger, Slymen, & Newton, 2002).

Clínicas de salud escolar

Por su parte, las Clínicas de Salud Escolar son una de las iniciativas que auspicia los Centros de Salud Primaria, subvencionados a través de la sección 330 del *Public Health Service Act* (PHSA). A través de esta iniciativa, se establece un escenario multidisciplinario en el cual se ofrecen servicios de salud primarios tales como: pediatría, psicología, nutrición y educación en salud; todos en la propia facilidad escolar, en horario diurno. Actualmente se implementa en los municipios de Arroyo, Patillas, Ponce y San Juan. Para participar de estos servicios, todos los estudiantes del plantel escolar son evaluados por un Pediatra, quien basado en sus hallazgos, pudiera generar referidos al equipo multidisciplinario para atender las necesidades específicas de cada estudiante.

Alianza Municipal por la Educación

Por otro lado, la Alianza Municipal por la Educación, al igual que el Programa Familias Saludables, participa de una fórmula de administración de recursos en la cual se establecen acuerdos de colaboración entre un socio científico, un auspiciador y un implementador. A través de esta fórmula, el Departamento de Educación subvenciona los servicios a través de los fondos para Título IV-B de 21st Century; la academia sirve como socio científico a través de la División de Servicios Comunitarios del Centro de Investigación y Evaluación Sociomédica del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (DSC-CIES), quienes ofrecen asistencia técnica a nivel local y fungen como evaluador del programa. Por su parte, la Alianza Municipal por la Educación, la cual comprende 4 administraciones municipales funcionan como implementadores de esta estrategia, asignando recursos para la provisión de los servicios contemplados. De esta forma, en colaboración con el Departamento de Educación, la DSC-CIES y la Alianza Municipal por la Educación lideran un programa de servicios en horario extendido en Puerto Rico llamado, *Programa Futuro* el cual comprende cuatro municipios de Puerto Rico (Cayey, Coamo, Luquillo y Villalba).

Este programa de servicios permite “apoyar la creación de comunidades de aprendizaje que proveen oportunidades de enriquecimiento académico en horario extendido para niños y jóvenes desde Kindergarten hasta duodécimo grado,

particularmente aquéllos que asisten a planteles de aprovechamiento bajo y con altos niveles de pobreza”. El mismo apoya a los estudiantes a alcanzar los estándares académicos locales en destrezas medulares de las materias básicas. Un aspecto novel de este programa es que se ofrecen servicios psicosociales individualizados coordinados colaborativamente por Trabajadores Sociales y Psicólogos con peritaje en el escenario escolar. En el Programa Futuro cada escuela cuenta con un Trabajador Social y un Psicólogo asignado exclusivamente para atender las necesidades particulares de la matrícula. Otro elemento innovador de nuestro Programa es que el proveedor de servicios de salud mental está familiarizado con las particularidades del contexto escolar, social y económico donde se desenvuelve el niño y el joven proveyendo a su vez un tratamiento sólido y cónsono con la realidad de cada estudiante. Además, el proveedor de servicios tiene la responsabilidad de realizar los referidos correspondientes y darle el seguimiento necesario a aquellos casos que requieran servicios especializados como salud física, terapia del habla, ocupacional, entre otros.

Los Trabajadores Sociales se encargan también de desarrollar estrategias para atender el fortalecimiento de las relaciones interpersonales de los estudiantes con sus familias. Realizan además estudios de necesidades e intereses y visitan los hogares de los estudiantes que así lo ameriten para facilitar la comunicación con los principales cuidadores. Los psicólogos por su parte, ofrecen semanalmente y/o bisemanalmente a los estudiantes y/o sus principales cuidadores sesiones de terapia psicológica cuya modalidad varía de acuerdo a las necesidades individuales particulares. Algunas de estas modalidades de tratamiento incluyen intervenciones breves, individuales, familiares o grupales. Estas intervenciones por lo general oscilan entre los 40-90 minutos de duración por sesión. Todas éstas dirigidas a fortalecer las necesidades académicas, emocionales y sociales del 20% de los participantes con mayor necesidad; entiéndase aquéllos que muestran diversos indicadores que los posicionan en mayor riesgo de desarrollo y fortalecimiento de condiciones emocionales y dificultades académicas. De este indicador de atención al estudiante con mayor necesidad, durante la implementación del Año III, los psicólogos alcanzaron impactar 37% de los casos, casi duplicando el porcentaje esperado.

Algunos de los resultados de implementación de los servicios psicosociales ofrecidos por los psicólogos a los estudiantes participantes y sus familias incluyen *833 intervenciones individuales* con una duración aproximada de *40-50 minutos cada una* y un promedio de *sesiones por estudiante de 5*, durante el año I y II. Durante el año III se ofrecieron servicios a 532 niños y jóvenes donde se ofrecieron un promedio de 7 sesiones por estudiante. El 75% de estos servicios estuvieron relacionados con necesidades emocionales, mientras que 7% de estos estuvieron relacionados

a servicios de estabilización y manejo de eventos adversos causados por ideación suicida. Otras necesidades esbozadas por los participantes incluyeron servicios de apoyo y orientación y servicios para atender necesidades académicas y sociales (23%).

Por último, la privacidad y la confidencialidad están garantizadas en el Programa Futuro. Tanto los proveedores de servicio, como el personal escolar (maestros, directores escolares) son orientados a través de diversas capacitaciones. Además, contamos con un protocolo para salvaguardar la confidencialidad de los expedientes y un expediente clínico independiente del expediente académico, con acceso restringido únicamente para los profesionales de salud mental, el cual carece de indicadores más allá que el número de expediente. El Programa Futuro, particularmente el componente psicosocial, toma en consideración los procesos universales y las diferencias individuales, adaptando a cada necesidad el formato o la duración de las intervenciones. De esta manera las intervenciones son cónsonas con los postulados del modelo de desarrollo humano en el concepto de psicopatologías (Cicchetti & Rigosch, citado por García-Coll, Berrios-Mota, Rivera Negrón, Landrau y Romero, 2016).

Las metas del Programa se logran a través de la sistematización de la documentación del servicio provisto a los participantes y/o sus familiares, así como de la asistencia técnica ofrecida por el personal de la División de Servicios Comunitarios a través del semestre, el apoyo en el manejo de intervenciones en crisis, la incorporación de técnicas relacionadas al modelo de paciente estandarizado en la promoción de herramientas para el manejo de la sintomatología del participante - desde relaciones interpersonales, hasta manejo de depresión y suicidio. Los Psicólogos adscritos al Programa Futuro reciben durante su inducción al programa: (1) adiestramiento en el manejo del expediente clínico del participante, incluyendo el proceso de selección de los participantes que cumplen con el criterio de mayor necesidad; (2) documentos esenciales para establecer un proceso de entrevista y cernimiento que permita explorar tanto los factores del historial psicosocial como el motivo de referido, estableciendo una evaluación multidimensional del participante. Otros documentos y adiestramientos que le son provistos a los recursos psicosociales son: desarrollo de notas de progreso en formato SOAP; Protocolo de Manejo de Eventos Adversos; administración, codificación e interpretación del Inventario de Comportamiento Escolar desarrollado por el Dr. José J. Bauermeister, medida utilizada como parte de la selección del 20% de la matrícula con mayor necesidad; intervenciones basadas en evidencia recomendadas para escenarios escolares; y el Protocolo para el Manejo del Expediente Clínico. Por último, en el Programa se ofrecen adiestramientos al resto del personal escolar diurno y de horario extendido sobre la identificación de factores de riesgo en la salud y el bienestar

del participante, de manera tal que puedan apoyar los esfuerzos de identificación y referido de participantes al servicio psicosocial.

Entendemos que el Programa Futuro atiende diferentes aspectos esenciales del modelo de desarrollo humano: enfatiza las transacciones que ocurren entre los ambientes y las personas, de manera que; desde una perspectiva de prevención, promoción e intervención temprana, desarrolla también estrategias para el manejo de acoso escolar, el manejo adecuado de conducta, fortalecimiento en los hábitos de estudio y, provisión de estrategias y recursos emocionales a los principales cuidadores (García-Coll, Berrios-Mota, Rivera-Negrón, Landrau y Romero, 2016). El programa provee además, servicios de manejo de suicidio, entre otras situaciones consideradas de alto riesgo a través de un protocolo de manejo de evento adverso uniforme que es fortalecido con ejercicios prácticos bajo la modalidad de paciente estandarizado. Durante el desarrollo e implementación del componente psicosocial de este programa, los mayores retos estuvieron relacionados con: (1) apresto del personal escolar para crear un sistema de referido de los casos a atender; (2) manejo de estigma asociado a los servicios psicosociales en el escenario escolar, incluyendo aquellos casos en los cuales los estudiantes rechazaban el servicio argumentando que no eran estudiantes del Programa de Educación Especial del Departamento de Educación; (3) disponibilidad de recursos para la provisión de servicios en áreas rurales y; (4) necesidades de adiestramiento y asistencia técnica identificadas, incluyendo el uso y documentación sistemática de las intervenciones realizadas y el uso de una base de datos electrónica para registrar los casos manejados.

Implicaciones para futuras investigaciones, la práctica y la política pública

Tal como describen Marsella y Yamada (2011), ningún factor biológico, cultural o social por sí solo ha sido suficiente para describir, explicar o predecir psicopatología. La implementación exitosa de un servicio psicosocial en el escenario escolar urge de: (1) Mejores y más fáciles instrumentos de cernimiento para la identificación de conductas que respondan a una necesidad clínica; (2) mejorar la comunicación del personal psicosocial sobre un mismo caso, mejorando el pensamiento con enfoque sistémico, aunque el trabajo sea con individuos; (3) definir el servicio directo de otras modalidades de servicio, tal como intervención breve, servicio indirecto, etc.; (4) trabajar con los asuntos relacionados al estigma en la provisión de servicios de educación especial y de servicios psicosociales para la población escolar en general; (5) identificar e implementar prácticas basadas en evidencia ya sea para prevención o tratamiento; (6) utilizar estrategias de prevención para

niños en alto riesgo (ej. cuidadores con problemas de salud mental y vida llenas de estresores); (7) adquirir conocimiento sobre los factores de riesgo y protectivos comunes de las condiciones mentales y de la población que sirven; (8) establecer alianzas con la familia, las escuelas, los centros de salud, las entidades comunitarias y organizaciones sin fines de lucro; (9) mayor impacto en política pública, donde se provea acceso a las mejores intervenciones preventivas culturalmente adaptadas; y; (10) énfasis en la necesidad de estudios longitudinales para entender el desarrollo y las psicopatologías en puertorriqueños.”

Reconociendo la complejidad que representa la implantación y sustentabilidad de los programas anteriormente esbozados en nuestro contexto, esperamos que los recursos presentados a través de este capítulo resulten útiles para diversos sectores (gobierno y entidades privadas) proveyendo estrategias para atender de forma eficaz, responsable y basada en evidencia las disparidades de salud, así como las consecuencias asociadas. Es nuestro interés facilitar esfuerzos participativos de todos los sectores y así dirigirlos para reducir las disparidades de salud no tan solo en Puerto Rico, sino en toda Latinoamérica.

Agradecimientos.

Se agradece a la Dra. Lili M. Sardiñas su aportación y sugerencias ofrecidas en la redacción del capítulo.

Referencias

- APS Healthcare. (2015). *About us*, disponible para descarga a través de <http://apspuertorico.com/>
- Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation. (2007). *Special health care needs among children in child welfare* (NSCAW Research Brief No. 7). Recuperado de: http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/special_health.pdf
- Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation. (2012a). *Instability and early life changes among children in the child welfare system* (NSCAW Research Brief No. 18). Recuperado de: <http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/resource/national-survey-of-child-and-adolescent-well-being-no-18-instability-and>
- Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation. (2012b). *Adolescents with a history of maltreatment have unique service needs that may affect their transition to adulthood*. Recuperado de: http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/youth_spotlight_v7.pdf
- Advantage Business Consulting (2014). *2013-2014 Puerto Rico Community Assessment for Head Start and Early Head Start*.
- Anda, R., Fleisher, V., Felitti, V., Edwards, V., Whitfield, C., Dube, S., & Williamson, D. (2004). Childhood abuse, household dysfunction, and indicators of impaired adult worker performance. *Permanente Journal*, 8(1), 30-38.
- Anisfeld, E., Sandy, J., & Guterman, N. B. (2004). Best Beginnings: A randomized controlled trial of a paraprofessional home visiting program: Technical report. Report to the Smith Richardson Foundation and New York State Office of Children and Family Services. New York: Columbia University School of Social Work. Additional Sources: Executive summary, Narrative summary.
- Asociación de Psicología de Puerto Rico. (2015) Comunicado de Prensa; 31 de mayo de 2015. Print.
- Berkman, H. (2007). Social Exclusion and Violence in Latin America and the Caribbean. Banco Interamericano de Desarrollo. Working paper 613.
- Borofsky, L.A., Kellerman, I., Baucom, B., Oliver, P.H., & Margolin, G. (2013). Community Violence Exposure and Adolescents' School Engagement and Academic Achievement Over Time. *Psychology of Violence*, 3(4), 381-395.
- Caldera, D., Burrell, L. Rodríguez, K., Crowne, S. S., and Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 829-852.

- Cicchetti, D. & Rosgosch, F. (2002) citado por García-Coll, C., Berríos-Mota, Y., Rivera-Negrón, D., Landrau, A. y Romero, S. (2016). El paradigma del desarrollo humano: prevención, promoción e intervención temprana como solución a los problemas sociales contemporáneos; VII Convención Intercontinental de Psicología Homínis 2016 "La Psicología potenciando el bienestar humano", La Habana, Cuba.
- Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe. (2010). *Social panorama of Latin America*; United Nations Publications. Santiago, Chile.
- Comisión Intersecretarial para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. (2013). *Bases del Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia e Instalación de la Comisión Intersecretarial*, febrero 2013. México: Autor.
- Departamento de Educación. (2016) *Programa de Salud Escolar: Resumen del Programa*. Recuperado de: http://www.de.gobierno.pr/files/Resumen_del_Programa_1.pdf
- Departamento de Educación. (2016). Tasa de Graduación: Política Pública y Monitoría: Secretaría Auxiliar para la Planificación y Desarrollo Educativo:
- Departamento de Educación. (2015). *Reporte de Deserción Escolar 2014-2015, septiembre 2015*. San Juan. Autor.
- Departamento de la Familia. (2014). *Plan nacional para la prevención de maltrato de menores en Puerto Rico 2014-2024*. San Juan: Autor (no publicado).
- Departamento de la Familia. (2015). Plan Plan Estratégico del Consejo Multisectorial del Gobernador para la Niñez en Edad Temprana. San Juan: Autor (no publicado).
- Disdier, O. M., Pesante, F., y Marazzi, M. (2012). Encuesta de Alfabetización de Puerto Rico: 2010. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Obtenido de www.estadisticas.gobierno.pr.
- Duggan, A., Caldera, D., Rodríguez, K., Burrell, L. Rohde, C., and Crowne, S.S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 801-828.
- Duggan, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., Windham, A., and Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 28(6), 597-622.
- DuMont, K., Kirkland, K., Mitchell-Herzfeld, S., Ehrhard-Dietzel, S., Rodríguez, M. L., Lee, E., Layne, C., and Greene, R. (2010). A randomized trial of Healthy Families New York (HFNY): Does home visiting prevent child maltreatment? Washington, DC: National Institute of Justice.

- DuMont, K., Mitchell-Herzfeld, S., Greene, R., Lee, E., Lowenfels, A., Rodríguez, M., and Dorabawila, V. (2008). Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 32(3), 295–315.
- Evans JL. Inclusive ECCD: *A fair start for all children*. The Consultative Group on ECCD. Washington, D. C.: World Bank; 1998. Disponible en: <http://www.ecdgroup.com/download/cc122afi.pdf>.
- García-Coll, C., Berríos-Mota, Y., Rivera Negrón, D., Landrau, A & Romero, S. (2016). El paradigma del desarrollo humano: Prevención, promoción e intervención temprana como solución a los problemas psicosociales contemporáneos. VII Convención Intercontinental de Psicología. Congreso llevado a cabo en La Habana, Cuba.
- García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). *Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 63-77.
- Guerra, N. G., & Dierkhising, C. (2011). *The effects of community violence on child development*. Disponible en: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Guerra-DierkhisingANGxp1>. Pdf
- Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 465-70 .
- Hernández-Careaga, H., y Pherson-Céspedes, J. (2009). Apoyo psicosocial a niños y niñas que viven con VIH/SIDA que se atienden en el sistema público de salud. Red de Protección Social. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.
- Hinshaw, S. (2013). Developmental Psychopathology as a Scientific Discipline: rational, principles and advances. En Beauchaine, T., & Hinshaw, S. (Eds.), *Child and Adolescent Psychopathology* (2nd Edition) (pp. 3-23), New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. (2012). Encuesta de Alfabetización. Recuperado de: <http://www.estadisticas.gobierno.pr/>
- Jasso-Gutiérrez, L., y López-Ortega, M. (2014). El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(2), 117-125. Recuperado en 21 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200009&lng=es&tlng=es.
- Kirkland, K., and Mitchell-Herzfeld, S. (2012). Evaluating the effectiveness of home visiting services in promoting children’s adjustment in school: Final report

- to the Pew Center on the States. Rensselaer, NY: New York State Office of Children and Family Services, Bureau of Evaluation and Research.
- Landsverk, J., Carrilio, T., Connelly, C. D., Ganger, W., Slymen, D., and Newton, R. (2002). Healthy Families San Diego Clinical Trial: Technical Report. Child and Adolescent Services Research Center, San Diego Children's Hospital and Health Center.
- LeCroy, C.W., and Krysik, J. (2011). Randomized trial of the Healthy Families Arizona home visiting program. *Children and Youth Services Review*, 33, 1761-1766.
- Lee, E., Mitchell-Herzfeld, S., Lowenfels, A. A., Greene, R., Dorabawila, V., and DuMont, K. A. (2009). Reducing low birth weight through home visitation: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(2), 154–160. doi:10.1016/j.amepre.2008.09.029
- Marsella, A. y Yamada, A. (2011). Culture and psychopathology. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 4, 103-115.
- Mitchell-Herzfeld, S., Izzo, C., Greene, R., Lee, E., and Lowenfels, A. (2005). Evaluation of Healthy Families New York: First year program impacts. Office of Children and Family Services. Available at: ocfs.state.ny.us/main/prevention/assets/HFNY_FirstYearProgramImpacts.pdf
- Montoto, L., Zárate, S. y Schlueter, R. (2015). *Mentes Saludables: Consecuencias a largo plazo del maltrato de menores; Apoyando Familias Aprendiendo Juntos*. Descargado de: <https://apoyandofamilias.wordpress.com/2015/04/29/programa-189-mentes-saludables-consecuencias-a-largo-plazo-del-maltrato-de-menores/>
- National Scientific Council on the Developing Child. (2005). Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: Working paper #3. Recuperado de: http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp3/.
- Nisenbaum, I. S. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. UNAM.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2012). Determinantes e inequidades de la salud. Recuperado de: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=es
- Proyecto del Senado 1845. (2011). Para enmendar el Artículo 1.03 de la Ley Núm. 149 de 15 de julio de 1999, según enmendada, conocida como "Ley Orgánica

del Departamento de Educación de Puerto Rico”, a los fines de ordenar al Secretario de Educación a proveer información al Instituto de Estadísticas de Puerto Rico para crear un Sistema de Detección Temprana de Desertores y rendir anualmente un “Reporte de Deserción Escolar” al Gobernador y a la Asamblea Legislativa, 29 de julio 2011.

Resolución del Senado 403. *Investigación sobre las condiciones de trabajo de los y las terapeutas que prestan servicios al Departamento de Educación*, 8 de junio de 2015

Rodríguez, P., Truffellob, R., Suchanb, K., Varela, F., Matasa, M., Mondaca, J., ... Allende, C. (2016). *Apoyando la formulación de políticas públicas y toma de decisiones en educación utilizando técnicas de análisis de datos masivos: el caso de Chile*. Descargado de: <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/4463>

Román, M. (2009). Abandono y Deserción Escolar: Duras evidencias de la incapacidad de retención de los sistemas y de su porfiada inequidad; *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*; 7:4.

Sama-Miller, E., Akers, L., Mraz-Esposito, A., Avellar, S., Paulsell, D., and Del Grosso, P. (2016). Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary. Office of Planning, Research and Evaluation Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services

Shonkoff, J.P. & Garner, A.S. (2012) Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129, 232-246. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e232.full.html>.

Solar, O., & Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.

Torres, A. (2015). Análisis y propuestas de mejora al diseño del modelo del servicio de cuidado diurno del Programa Nacional Cuna Más del Perú.

Vega, J. (2011). *Steps toward the health equity agenda*. World Conference on Social determinants of health; Rio de Janeiro, Brazil.