

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina



UNPHU
Universidad Nacional
Pedro Henríquez Ureña

Examen preliminar de salud mental comunitaria en el Recinto de Santo Domingo del Colegio Preuniversitario Pedro Henríquez Ureña entre diciembre 2022 y marzo 2023

Trabajo de grado para optar por el título de
Doctor en Medicina

Sustentantes:

de Otazu Olivares, Javier Enrique 16-2113
Giacomazzi Grullón, Sabrina Michell 17-1060

Asesores:

Dr. Alejandro Uribe (Clínico)
Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Distrito Nacional
2023

Contenido

Agradecimiento

Dedicatoria

I. Introducción	10
I.1. Antecedentes.....	11
I.2. Justificación.....	14
II. Planteamiento del problema.....	15
III. Objetivos.....	16
III.1. General.....	16
III.2. Específicos.....	16
IV. Marco teórico.....	17
IV.1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales	17
IV.1.1. Salud mental y trastornos mentales.....	18
IV.1.1.1. Definiciones.....	18
IV.1.1.2. Epidemiología de los trastornos mentales en la adolescencia.....	19

IV.1.2. Promoción de la salud mental.....	20
IV.1.3 Prevención de los trastornos mentales.....	24
IV.1.3.1 Cuestionario de capacidades y dificultades.....	25
IV.2. Salud mental comunitaria y programas escolares de salud mental.....	27
IV.2.1. Salud mental comunitaria.....	27
IV.2.1.1. Desarrollo de un programa de salud mental comunitaria.....	28
IV.2.2. Programas escolares de salud mental.....	30
IV.2.2.1. Desarrollo de un programa de salud mental escolar.....	31
IV.2.2.2. School Mental Health Quality Assessment School Version.....	33
V. Operacionalización de las variables.....	34
VI. Material y métodos.....	43
VI.1. Tipo de estudio.....	43
VI.2. Área de estudio.....	43
VI.3. Universo.....	44
VI.4. Muestra.....	44

VI.5. Criterio.....	44
VI.5.1. De inclusión.....	44
VI.5.2. De exclusión.....	44
VI. 6. Instrumento de recolección de datos.....	45
VI. 7. Procedimiento.....	45
VI.8. Tabulación.....	46
VI.9. Análisis.....	46
VI.10. Consideraciones éticas.....	46
VII. Resultados.....	48
VIII. Discusión.....	110
IX. Conclusiones.....	116
X. Recomendaciones.....	117
XI. Referencias.....	118
XII. Anexos.....	121
XII.1. Cronograma	121

XII.2. Instrumento de recolección de datos.....	122
XII.2.1. Certificados de Good Clinical Practice.....	122
XII.2.2. Consentimiento informado.....	124
XII.2.3. Asentimiento informado.....	126
XII.2.4. Sdq-Cas versión de autollenado.....	128
XII.2.5. Sdq-Cas versión parental.....	130
XII.2.6. Cuestionario sobre características sociodemográficas.....	132
XII.2.7. Cuestionario sobre enfoque de promoción de salud mental y buena salud mental.....	137
XII.2.8. Cuestionario sobre área de promoción de buena salud mental.....	138
XII.3. Costos y recursos.....	139
XII.3.1. Humanos.....	139
XII.3.2. Equipos y materiales.....	139
XII.3.3. Información.....	139
XII.3.4. Económicos.....	140
XII.4. Evaluación.....	141

AGRADECIMIENTOS

Por lo que más doy gracias es por ser hijo de Marianela Olivares Samá. No hay palabras suficientes para hacer honor a ese milagro.

Por lo segundo es por las amistades, las de mi madre y las mías, por los que siempre han estado, por todos esos momentos de verdadero cariño, amistad, y también de verdadero amor. Especialmente a aquellos que, cuando era adolescente y les dije que quería ser psiquiatra, me apoyaron y lo siguen haciendo.

A mi amor, a Sabrina Giacomazzi Grullón, lo mejor que me ha pasado en mi tiempo en la universidad, le agradezco todo.

A mis maestros y profesores, desde que era pequeño hasta hoy, debo agradecerles pues también soy todo lo que soy por ellos.

A la Lic. Rosa Brito y al Lic. Mario Salatiel Perez, psicólogos escolares del Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña, a la Lic. Lillian Hernandez, quien es su directora, y a los padres y las madres que confiaron en nosotros. No pudimos haber sido más dichosos de poder trabajar con ustedes

Al Lic. Junior Mateo Marte, a Sudirandy Valdez, a la Dra. Yeycy Altagracia Donastorg, al Dr. Loudwin de los Santos, a la Dra. Angela Milagros Díaz Fermín, a la Lic. Claudia Acra, y a nuestros asesores, la Dra. Claridania Rodriguez y el Dr. Alejandro Uribe, quienes nos apoyaron desde un primer momento y nos permitieron realizar el trabajo de grado que queríamos.

A mis colegas, especialmente con quienes comparto amistad.

Javier Enrique de Otazu Olivares

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por acompañarme a lo largo de toda la carrera, de guiarme en los buenos y malos momentos.

A mi familia, la cual desde la distancia me ha apoyado emocionalmente y económicamente y siempre ha hecho todo lo posible para que yo pudiese llegar aquí, sobretodo a mis padres que han creído en mí dándome su amor incondicional y haciéndome sentir lo orgullosos que fueron desde un primer momento.

A Javier, quien durante cinco años ha estado ahí para mí en todos los sentido en lo cual una persona pueda estar, y ha sido parte fundamental de esta experiencia, con quien he compartido este trabajo y todo lo que hay detrás.

A mis profesores quienes me han guiado, enseñado y me han ayudado a ser la persona que soy.

A mis amigos, quienes con su cariño incondicional me han acompañado, sobretodo a Randhal Ramirez que ha sido el mejor amigo que he podido desear, a Justice Opoku quien me animó desde lejos, a Ionela Stoian que a pesar de la distancia siempre me quiso igual, a Yamille Duran que ha sido la mejor compañera de internado.

Al Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña, quienes nos han apoyado en este trabajo y se mostraron entusiastas de poder hacer parte de él, a todo su personal académico quienes nos brindaron una mano y a los niños y padres que confiaron en nosotros.

A nuestros asesores de tesis el Dr. Alejandro Uribe y la Dra. Claridania Rodriguez quienes nos apoyaron y nos guiaron para lograr este proyecto. También al Dr. Loudwin de los Santos quienes nos ayudó desde un primer momento.

Sabrina Michell Giacomazzi Grullon

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mi madre y a mi familia, a la Dra. Gloria Castillo y a la Dra. Zoraida García, y por supuesto a los niños, niñas y adolescentes de la República Dominicana, por quienes se ha hecho este trabajo y por quienes tenemos que luchar.

Javier Enrique de Otazu Olivares

DEDICATORIA

A mi madre Miguelina Grullon, quien ha luchado por mi en todo momento, me ha enseñado tanto y con su amor y devoción me ha hecho llegar a donde estoy.

A mi padre Eugenio Giacomazzi, quien me apoyó durante toda la carrera y creyó en mí.

Sabrina Michell Giacomazzi Grullon

I. Introducción

Desarrollar programas de salud mental en las escuelas es una estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover y proteger la salud mental de niños y adolescentes (1,2). Fundamentalmente, estos programas buscan hacer promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales en uno de los entornos más importantes de la vida de los más jóvenes.

Programas y servicios de esta índole han sido desarrollados en numerosos países, como en Australia, donde la revista *Lancet* recoge una iniciativa educativa nacional para la promoción de salud mental en las escuelas con el potencial de ayudar aproximadamente a cuatro millones de niños y adolescentes (3). Este tipo de iniciativas pueden realizarse gracias a acuerdos multisectoriales, los cuales son fomentados en nuestro país en la segunda línea estratégica del Plan Nacional de Salud Mental 2019-2022, la cual busca <<desarrollar acuerdos multisectoriales para el diseño y ejecución de estrategias para la prevención y promoción en el campo de la salud mental>> (4).

Un ejemplo importante de infraestructura que permite el desarrollo de este tipo de programas es el *National Center of School Mental Health* (NCSMH), afiliado a la Escuela de Medicina de la *University of Maryland*, en los Estados Unidos de América (EUA). Este centro, mediante la investigación sobre promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales, y la capacitación de equipos multidisciplinarios, busca desarrollar servicios de salud mental en las escuelas de los EUA (5). Una manera como el NCSMH contribuye a estos fines es mediante el *School Health Assessment and Performance Evaluation* (SHAPE), <<una plataforma de acceso público basada en la web que ofrece a las escuelas, distritos y estados/territorios un espacio de trabajo y recursos específicos para apoyar la mejora de la calidad de la salud mental en las escuelas>> (6).

Con el apoyo de recursos como los mencionados anteriormente, mediante este estudio se busca desarrollar un examen preliminar de salud mental escolar en el Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña,

con el fin de que esta institución hermanada con nuestra universidad pueda ser apoyada frente a uno de los retos de salud pública más importantes actualmente como lo es el deterioro de la salud mental de la población, incluida la población infanto juvenil. Esperamos también que este trabajo pueda contribuir al desarrollo de programas y servicios de esta índole en la República Dominicana, y que el Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña sean pioneros en esta área de investigación, apoyando así las estrategias nacionales de salud mental y las necesidades de salud mental de la población infanto juvenil del país.

I.1. Antecedentes

I.1.1 Nacionales

En 2017, Latina *et al.*(7) realizó un plan psicoeducativo para la prevención de Bullying entre pares en el entorno escolar en adolescentes de 2do de media en el Colegio Pre Universitario Dr. Luis Alfredo Duverge Mejía (antiguo nombre del actual Colegio Pre Universitario Pedro Henríquez Ureña). En la siguiente tesis se presentó un estudio que tuvo el objetivo de diseñar un Plan Psicoeducativo contra el bullying en una muestra de 78 estudiantes de segundo de bachiller, se pudo comprobar que el 79.48 por ciento de los estudiantes había evidenciado indicios de bullying de los cuales la principal causa fue las diferencias de aspecto físico entre los pares y el maltrato familiar, provocando en aquellos estudiantes que fueron víctimas: baja autoestima, ansiedad y desinterés en los estudios. A raíz de estos resultados el estudio se enfocó en crear un Plan Psicoeducativo con el objetivo de promover el desarrollo de habilidades de autocontrol, autoconciencia, reconocimiento de los demás, y a aprender a relacionarse entre pares, tener buenas relaciones interpersonales y manejar buenas habilidades sociales para la prevención del bullying.

En 2019, Nuñez *et al.*(8) realizaron un programa de educación ambiental para estudiantes del segundo ciclo de la educación secundaria, en el Colegio Pre Universitario Dr. Luis Alfredo Duvergé Mejía basado en la estrategia mundial en la que se comprometieron 193 países con los Objetivos de Desarrollo Sostenible donde los

principales puntos tomados en cuenta para la realización de esta tesis fueron los concernientes con la parte ambiental y educativa. A lo largo de un año se creó un programa educativo para implementarlo en los estudiantes del segundo ciclo de secundaria mediante entrevistas a profesores y expertos. En el centro ya se implementaban actividades tales como charlas, videos educativos, jornadas de limpieza de playas para educar y sensibilizar a los alumnos cumpliendo con las 30 horas de actividades de tipo ambiental, sin embargo no existía un Programa de Educación Ambiental (PEA) apoyando la labor de los profesores. El trabajo tuvo como resultados que tres cuartas partes de los profesores consideraba necesaria la formación de un PEA con los contenidos trabajados por bloque temático y enfoque educacional de tipo mixto. Este estudio es un antecedente para nuestro trabajo ya que consiste en la elaboración de una propuesta que permita la aplicación en el contexto escolar de una estrategia promovida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

En 2021, Marte *et al.* (9) presentaron una tesis acerca de la influencia de los medios de comunicación sobre la imagen corporal que reciben los adolescentes en el Colegio Preuniversitario Dr. Luis Alfredo Duvergé Mejía. En este se tomaron en total todos los estudiantes del centro con edad comprendida entre 10 y 19 años de edad y se empleó la Escala de Actitudes Socioculturales Sobre La Apariencia-3 (SATAQ-3), de la cual las puntuaciones más altas indicaron alta afinidad a la imagen corporal que se presenta en los medios de comunicación y a su influencia. Los resultados evidenciaron que de los 113 adolescentes encuestados se encontró que la edad de mayor influencia de los medios de comunicación sobre la imagen fue entre los 16 y los 19 años y el curso más afectado fue el quinto de bachillerato con 26.5 por ciento de los estudiantes presentando alta puntuación. La mayoría de los estudiantes clasificó en el nivel intermedio de la escala SATAQ-3, de los cuales las más afectadas fueron las estudiantes femeninas. Se concluyó que la exposición a los medios de comunicación va aumentando según el transcurso escolar, de los estudiantes encuestados la mayoría tienen una influencia intermedia en la imagen corporal y no consideran que la presión por parte de los medios sea determinante para modificar su estilo de vida.

I.1.1 Internacionales

En 2017, Murphy *et al.*(10) realizaron un estudio sobre los programas de salud mental escolar más grandes del mundo, donde se recopilieron varios programas preventivos de salud mental para niños a escala regional, estatal o nacional que hayan tenido resultados documentados positivos en sus programas para luego compararlos sistemáticamente en término de alcance. Alrededor del 80 por ciento de los niños en la población mundial apartienen a países de ingresos bajos y medianos, de lo cual anteriormente se realizaban pocos estudios, ya que la mayoría de las intervenciones estaba centrada en los niños de países de ingresos altos, sin embargo, con la creciente diversidad de programas en diferentes países del mundo y el creciente alcance de estos, existen datos de mayor calidad y tamaño, brindando de esta forma a nuevas oportunidades de intervenciones preventivas, eficaces y con buenos resultados para aportar a la mejoría de la vida de los niños.

En 2014, Fazel *et al.*(11) realizaron un estudio sobre intervenciones de salud mental en escuelas de países de bajo y mediano ingresos. Esta revisión proporciona evidencia de cómo las intervenciones en salud mental con enfoque en salud pública dentro de las escuelas pueden llegar a abarcar promoción, prevención y tratamiento de enfermedades mentales. Este estudio se centra en los países de pequeño y mediano ingresos y hace una revisión sistemática en las escuelas como lugares para la promoción de los aspectos positivos de la salud mental en un enfoque escolar integral. Sin embargo, el estudio evidencia la necesidad de identificar más elementos que se asocien con la prevención y el tratamiento en niños con diversos trastornos mentales o adversidades. También se constató que las intervenciones son mucho más efectivas si tienen mayor estructuración y duración. El 90% de los niños que necesitan alguna intervención de salud mental no la reciben, y los números son aún más altos en países de bajo y mediano ingresos, con la depresión siendo la principal afectación a necesitar tratamiento. A pesar de esto, la promoción, prevención y tratamiento en salud mental en las escuelas debería considerarse una prioridad a nivel mundial.

I.2 Justificación

Se estima que la prevalencia del conjunto de todos los trastornos mentales es de mil millones de personas, un 25 por ciento mayor que la prevalencia de inicios del siglo XXI, y por la reciente pandemia de la Covid-19 se ha generado un incremento del 25 por ciento en la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad (1).

Ante esta coyuntura, la OMS plantea cuatro objetivos a los países miembros: legislar a favor de un acceso universal a los servicios de salud mientras se garantizan derechos, fomentar servicios comunitarios de salud mental, impulsar programas multisectoriales de prevención de trastornos mentales y promoción de salud mental y por último, realizar investigación y reportes epidemiológicos de salud mental (1).

Siguiendo lo planteado por la OMS, este trabajo se hará con la idea de cumplir con la necesidad de crear programas de salud mental comunitaria en los colegios y de este modo contribuir a que las escuelas puedan tener herramientas con las cuales prevenir enfermedades y promocionar la salud, para un mejor desarrollo de los niños y adolescentes.

Según Rodríguez et al. (12), el primer paso para desarrollar un programa de salud mental comunitaria es hacer un examen preliminar de la comunidad. Aquí es donde comenzaremos nuestro trabajo, identificando las necesidades de salud mental de esta, valorando la calidad del sistema en materia de salud mental y explorando los recursos ya existentes para mejorarla. Luego de esto, para conocer los valores y las perspectivas de la comunidad, nos centraremos en conocer el enfoque de buena salud mental que prefiere la comunidad, vista la heterogeneidad de términos que se refieren a salud mental. Terminaríamos realizando un cribado a la población, a modo de intervención de prevención secundaria y universal, mediante el Cuestionario de capacidades y dificultades, uno de los más utilizados para estos fines.

La relevancia de este trabajo proviene de la búsqueda de aportar al país un programa de salud mental escolar que a posteriori, mediante acuerdos multisectoriales,

pueda contribuir a desarrollar servicios de salud mental escolares que aporten de manera significativa a la mejoría de la salud mental de la población.

II. Planteamiento del problema

A raíz de la pandemia de la Covid-19 se ha presentado una emergencia sanitaria, no sólo para la salud física de la población mundial, sino que también para la salud mental. Un grupo poblacional que ha sufrido con gran impacto las consecuencias del encierro ha sido la de los niños y adolescentes. Estos han tenido que sufrir la falta de disponibilidad de apoyo social, interacción cotidiana y habilidades de afrontamiento, lo cual ha ido de la mano con las dificultades de aprendizaje con los métodos promocionados por las instituciones (13).

Hasta hace poco, el enfoque sobre los trastornos mentales de los jóvenes era principalmente de curación y rehabilitación, sin embargo, los nuevos avances médicos han contribuido a darle un nuevo enfoque de prevención, que estimula el abordaje de promoción en la salud (14). En base a nuestro Plan Nacional de Salud Mental, es primordial crear estrategias para la prevención y la promoción de los más jóvenes (4). Una solución propuesta por la Organización Mundial de la Salud para estos fines es el desarrollo de servicios de salud mental en las escuelas, los cuales son un tipo de servicio de salud mental comunitaria. Estos tipos de servicios se han desarrollado en todo el mundo, en menor o mayor medida, existiendo ejemplos destacables a seguir para el desarrollo de estos tipos de servicios, como lo es el National Center of School Mental Health (NCSHM) de la University of Maryland en los Estados Unidos de América.

A partir de lo estudiado en los recursos ofrecidos por el NCHSM, lo descrito por el libro publicado por la Organización Panamericana de Salud, Salud Mental en la Comunidad, segunda edición, y otras fuentes, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las necesidades y prioridades de salud mental del Recinto de Santo Domingo de los Colegio Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña?

III. Objetivos

III.1. General

Realizar un examen preliminar de salud comunitaria en el Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña, Diciembre, 2022 – Marzo, 2023.

III.2. Específicos:

1. Determinar las características de la comunidad, como su ubicación geográfica, datos sociodemográficos de los estudiantes y datos sobre salud y enfermedad de los estudiantes.
2. Estimar mediante un cribado la presencia de trastornos de hiperactividad, trastornos de la conducta y trastornos emocionales utilizando el Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas) versión de autollenado y versión parental.
3. Describir la influencia de las características de la comunidad sobre los resultados del SDQ-Cas.
4. Valorar qué enfoque de promoción de buena salud mental prefieren los padres y tutores para sus hijos.
5. Evaluar el sistema de salud mental escolar del año escolar 2021-2022 mediante el School Mental Health Quality Assessment School Version (SMHQA-S).

IV. Marco teórico

Mediante la realización de los objetivos anteriormente mencionados, el presente trabajo de grado busca culminar como un programa piloto de salud mental escolar. A continuación desarrollaremos nuestro marco teórico, abordando en primera instancia la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, y en segunda instancia nos centraremos en los programas de salud mental comunitaria, específicamente en el contexto escolar, como estrategia idónea para proveer servicios de prevención y promoción de salud mental.

IV.1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

La prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental son prioridades nacionales. Nuestro Plan Nacional de Salud Mental propone <<desarrollar acuerdos multisectoriales para el diseño y ejecución de estrategias para la prevención y promoción en el campo de la salud mental>> y <<priorizar intervenciones para niños, niñas y adolescentes>> (4), siguiendo así los lineamientos del Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 de la OMS, el cual establece como meta mundial que <<el 80 por ciento de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental para el año 2030>>, citando como ejemplos de esto <<la salud mental en la escuela>>, entre otros (15).

En primer lugar, a modo de introducción, definiremos algunos conceptos básicos seguido de una descripción de la epidemiología de los trastornos mentales en la adolescencia. En segundo lugar abordaremos la promoción de la salud mental y luego la prevención de los trastornos mentales para finalizar la primera parte del marco teórico.

IV.1.1. Salud mental y trastornos mentales

IV.1.1.1. Definiciones

En su Informe mundial sobre salud mental (2022), la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud mental como <<un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad [...]; la salud mental es un componente integral de la salud y el bienestar y es más que la mera ausencia de un trastorno mental>> (1). En este informe, la OMS también define otros términos de importancia relacionados a la salud mental, los cuales citamos a continuación:

- **Trastorno mental:** Es un síndrome caracterizado por alteración clínicamente significativa en la cognición, regulación emocional o comportamiento que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen el funcionamiento mental y conductual. Estos disturbios se asocian generalmente con angustia o un impedimento en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo u ocupacional;
- **Discapacidad psicosocial:** Alineado con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, discapacidad psicosocial es la discapacidad que surge cuando alguien con una discapacidad mental a largo plazo interactúa con diversas barreras que pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad con equidad. Ejemplos de tales barreras son discriminación, estigma o exclusión;
- **Problemas de salud mental:** Un término amplio que abarca los trastornos mentales y las discapacidades psicosociales. También cubre otros estados mentales asociados con angustia significativa, deterioro en el funcionamiento o riesgo de autolesión (1).

La complejidad de la salud mental y sus trastornos relacionados requieren manejar diversas definiciones y conceptos para una mejor comprensión de lo que se está presentando actualmente como una crisis de salud global. Habiendo definido estos

términos básicos, pasaremos a describir la epidemiología de los trastornos mentales más frecuentes en la adolescencia.

IV.1.1.2. Epidemiología de los trastornos mentales en la adolescencia

Se ha estimado que alrededor del 14 por ciento de los adolescentes (entre 10 y 19 años de edad) viven con un trastorno mental (1) y si sumamos todos los trastornos mentales, uno de cada tres empezó antes de los 14 años, la mitad antes de los 18 años y alrededor de un 63 por ciento antes de los 24 años de edad (16). Aunado a esto, el suicidio representa la principal causa de muerte en la juventud a escala global (17).

Sin dudas, la adolescencia es un periodo crítico en el desarrollo de trastornos mentales y a pesar de que las intervenciones de prevención de trastornos mentales y promoción de salud mental no deben ser realizadas exclusivamente en la juventud, la adolescencia es un periodo prioritario para estos fines.

Los trastornos mentales más frecuentes de la adolescencia son los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, como el trastorno de ansiedad por separación, fobia específica y el trastorno de ansiedad social; los trastornos del comportamiento alimentario, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón; y el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos debidos al consumo de cannabis. Resaltando que los trastornos del neurodesarrollo como el trastorno del espectro autista y el trastorno por hiperactividad con déficit de la atención inician en la niñez en gran parte (16).

Asociados a estos trastornos, se conocen algunos factores de riesgo con clase de evidencia I-II. Estos son el abuso físico en la niñez, presentando un 2.59 OR (*odds ratio*) para el trastorno de ansiedad social; el abuso sexual en la niñez, con un 2.73 OR para la bulimia nervosa y la victimización por burlas relacionadas a la apariencia, y con un 2.91 OR para cualquier trastorno de la conducta alimentaria (18).

IV.1.2. Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental, sobre todo de buena salud mental, es importante y complementaria a la prevención de trastornos mentales. No obstante, poco se ha investigado sobre la misma (19). Esta carencia en la literatura llevó a que Fusar-Poli *et al.* (14) investigarán sobre lo que es una buena salud mental, cómo definirla y cómo operacionalizar sus componentes.

Estos autores describen siete definiciones de promoción de una buena salud mental, algunas siendo estrictamente definiciones de promoción y otras definiciones de buena salud mental: Hodgson (1996) la define como el <<mejoramiento de la capacidad de las personas, las familias, los grupos o las comunidades para fortalecer o apoyar experiencias emocionales positivas, cognitivas y relacionadas>>, con un enfoque en el mejoramiento de las capacidades; Scanlon and Raphael (2000) como las <<medidas para maximizar la salud mental y el bienestar de las poblaciones y las personas>>, enfocándose en la maximización de la salud mental; *World Health Organization* (2004) en primera instancia, prioriza la capacidad de resiliencia y bienestar, definiéndola como <<promover una buena salud mental mediante el aumento del bienestar psicológico, la resiliencia, y mediante la creación de condiciones de vida y entornos de apoyo>>; luego *World Health Organisation* (2016) la define como <<acciones para crear condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener estilos de vida saludables>>, cambiando el enfoque hacia el mejoramiento del entorno; Jané Llopis (2005) la define como <<cualidades humanas y habilidades para la vida tales como funcionamiento cognitivo, autoestima positiva, habilidades sociales y de resolución de problemas, capacidad para gestionar los principales estresores en la vida e influir en el entorno social, la capacidad de trabajar productiva y fructíferamente, hacer contribuciones a la comunidad, y un estado emocional, espiritual y mental de bienestar>>, con un enfoque en el mejoramiento de la competencia; Huber (2011) <<facultades subjetivas que mejoran la comprensibilidad, la capacidad de gestión e importancia de una situación difícil. Una fuerte capacidad de adaptación y de gestión propia mejora el bienestar subjetivo y puede resultar en una positiva interacción entre la mente y el cuerpo>>, enfocándose en el sentido de la coherencia; y Haro (2014), con

un enfoque en el bienestar, describe que <<la salud mental no es simplemente la ausencia de trastornos mentales, sino un recurso de importancia para el bienestar de las personas, las familias y las sociedades>> (14).

Además, los autores proponen catorce componentes que constituyen una buena salud mental, a fin de operacionalizar la buena salud mental y facilitar el desarrollo de la investigación de este campo de estudio. Las áreas de promoción propuestas, con sus definiciones e instrumentos potenciales son las siguientes:

- I. Alfabetización en salud mental, definida como <<la capacidad de reconocer y poseer el conocimiento de una variedad de diferentes trastornos mentales, establecidos y emergentes, factores y señales de advertencia que contribuyen a una mala salud mental, así como sobre los diferentes recursos de salud a los que se puede acceder en caso de necesidad>>. Los instrumentos propuestos son *The Mental Health Literacy Scale* (MHLS) (O'Connor and Casey, 2015), *Depression Literacy questionnaire* (D-Lit) (Darraj *et al.*, 2016), *Questionnaire for Assessment of Mental Health Literacy* (QuALiSMental) (Dias *et al.*, 2018).
- II. Actitud hacia los trastornos mentales, definida como <<la forma en que reaccionamos frente a alguien con un trastorno mental; Las actitudes positivas incluyen comprensión, ser compasivo y empático a la vez que reduce la discriminación y distancia social hacia las personas con una pobre salud mental o con trastornos mentales emergentes o establecidos. El estigma es una actitud negativa hacia una persona, lo que conduce a una acción negativa o discriminación>>. Los instrumentos propuestos son *Depression Stigma Scale* (DSS) (Boerema *et al.*, 2016), *Generalised Anxiety Stigma Scale* (GASS) (Griffiths *et al.*, 2011), *Stigma of Suicide Scale* (SOSS) (Batterham *et al.*, 2013).
- III. Autopercepción y valores, definida como <<una colección de creencias subjetivas, valores y emociones sobre sus propias características internas y externas, dando forma a su estilo de atribución, autocompasión y autoestima, conocimiento y aceptación que conducen a vivir una vida valiosa>>. Los instrumentos propuestos son *Rosenberg's Self-Esteem Scale* (RSES) (Eklund *et*

- al.*, 2018) *The State Self Esteem Scale* (SSES) (Heatherton and Polivy, 1991), *Self-Perception Profile for Children* (SPPC) (Ferro and Tang, 2017).
- IV. Habilidades cognitivas, definidas como <<la capacidad de prestar atención, recordar y organizar la información, mientras se tiene un grado de flexibilidad cognitiva, atención para permitir la toma de decisiones y resolver problemas>>. Los instrumentos propuestos son *The Cognitive Assessment Battery* (CAB) (Nordlund *et al.*, 2011), *Trail Making Test* (TMT) (Schott, 2015), *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry* (SCIP) (Guilera *et al.*, 2009).
 - V. Desempeño académico/ocupacional, definido como <<aprendizaje y conocimiento objetivo, logros académicos, asistencia y comportamiento al igual que ajuste escolar y adaptación académica>>. Los instrumentos propuestos son *Teacher Report Form* (TRF) (Larsson and Drugli, 2011), *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Albores-Gallo *et al.*, 2007), y las calificaciones escolares oficiales.
 - VI. Las emociones, definidas como <<estados afectivos con propiedades excitatorias o motivacionales que llevan a los individuos a una cierta respuesta o comportamiento>>. Los instrumentos propuestos son *Emotion Expression Scale for Children* (EESC) (Penza-Clyve and Zeman, 2002), *Emotional Intelligence Inventory* (EII) (Tapia and Marsh, 2006), *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) (Spaapen *et al.*, 2014).
 - VII. Comportamientos, definido como <<las conductas en las que una persona procede cuando se les presenta un estímulo>>. Los instrumentos propuestos son *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Albores-Gallo *et al.*, 2007), *Healthy Lifestyles Behavior Scale* (HLBS) (Chan *et al.*, 2017), *The Drug Attitudes Scale* (DAS) (Goodstadt *et al.*, 1978).
 - VIII. Estrategias de automanejo, definidas como <<habilidades prácticas y cotidianas necesarias para cuidar de sí mismo de forma independiente y funcionar satisfaciendo las demandas del entorno: habilidades para lidiar con el estrés, resolver problemas y tomar de decisiones enfrentar adversidades que puedan aparecer>>. Los instrumentos propuestos son *Brief Resilient Coping Scale*

- (BRCS) (Kocalevent *et al.*, 2017), *Children's Coping Scale* (CCS) (Yeo *et al.*, 2014), *Children's coping strategies checklist* (CCSC) (Ayers *et al.*, 1996).
- IX. Habilidades sociales, definidas como <<capacidades que permiten a los jóvenes interactuar y comunicarse entre sí para fomentar relaciones positivas>>. Los instrumentos propuestos son *Social competence scale for adolescents* (SCSA) (Shujja *et al.*, 2015), *Social Skills Rating System* (SSRS) (Van der Oord *et al.*, 2005), *Social Skills Improvement System-Rating Scale* (SSIS-RS-C) (Cheung *et al.*, 2017).
- X. Familia y relaciones significativas, definida como <<la capacidad de establecer relaciones significativas con otros miembros de la familia; relaciones sanas y positivas, y conexión con miembros de la familia dentro de un ambiente limitado que facilite la comunicación e interacción>>. Los instrumentos propuestos son *Widowed Parenting Self-Efficacy Scale* (WPSES) (Edwards *et al.*, 2018), *Inventory of Parents and Peer Attachment* (IPPA) (Armsden and Greenberg, 1987), *Child Adjustment and Parent Efficacy Scale* (CAPES) (Guo *et al.*, 2018)
- XI. Salud física, definida como <<variables físicas, síntomas visibles y medidas relacionadas a dimensiones de la salud y un estado físico positivo>>. Los instrumentos propuestos son *Physical Health Questionnaire* (PHQ) (Schat *et al.*, 2005), *General Health Questionnaire* (GHQ) (Goldberg and Hillier, 1979), *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (Macek *et al.*, 2019).
- XII. Salud sexual, definida como <<estado físico, emocional, mental y social de bienestar en relación con la sexualidad>>. Los instrumentos propuestos son *Sex Knowledge and Attitude Test* (SKAT) (Miller and Lief, 1979), *General Sexual Knowledge Questionnaire* (QSKQ) (Talbot and Langdon, 2006), *Sexual Health Questionnaire* (SHQ) (Acharya *et al.*, 2016).
- XIII. Sentido de la vida, definido como <<sentir que la vida tiene un propósito y un significado>>. Los instrumentos propuestos son *Meaning in Life Questionnaire* (Steger *et al.*, 2006), *Purpose in Life Test* (Crumbaugh and Maholick, 1969), *Existential Concerns Questionnaire* (ECQ) (van Bruggen *et al.*, 2017).

XIV. Calidad de vida, definida como <<el bienestar general de una persona, definido en términos de salud, felicidad y satisfacción de la vida>>. Los instrumentos propuestos son *The Quality of Life Scale* (QOLS) (Burckhardt and Anderson, 2003), *The Satisfaction With Life Scale* (SLS) (Diener *et al.*, 1985), KIDSCREEN (Ravens-Sieberer *et al.*, 2005), *WHO Quality of Life* (WHOQOL) (Cheung *et al.*, 2019) (14).

Las definiciones y los componentes de una buena salud mental que se han descrito, junto a instrumentos propuestos, fueron trabajados por el *European College of Neuropsychopharmacology Thematic Working Group on the Prevention of Mental Disorders and Mental Health Promotion*. Este trabajo conceptual ya ha sido aplicado en una revisión sistemática y un metanálisis (20), y se espera que siga siendo trabajado a escala internacional, permitiendo la integración de la promoción de salud mental a los esfuerzos de prevención de trastornos mentales.

IV.1.3 Prevención de los trastornos mentales

La prevención de los trastornos mentales en conjunto con la promoción son prioridades que mediante estrategias van a diseñar cambios en los factores de riesgos de poblaciones enteras, creando una mejoría en la salud mental y bienestar de los individuos. A través de ellas se pueden modificar aquellos determinantes que afectan la salud mental en diversas esferas mediante intervenciones universales que van a combinar estrategias individuales, sociales y estructurales (1).

En los primeros trabajos de Leavell y Clark se clasificó la prevención como la que se adapta a las fases de prepatogenesis o fase de prevención primaria y aquellas que actuaban en la patogénesis (prevención secundaria y terciaria). Después de ellos estuvieron Caplan en 1964, Strasser en 1978 y Bradford Hill los cuales a su vez dieron sus propias interpretaciones de la prevención (19). Finalmente, en 1983 Gordon separó la enfermedad física de la prevención y además propuso una clasificación de la prevención basada en los costos y beneficios de la intervención a realizar:

- La prevención universal se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a todo un grupo de población que no ha sido identificado sobre la base de un mayor riesgo.
- La prevención selectiva se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, como lo demuestran los factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales.
- La prevención indicada se dirige a las personas de alto riesgo que se identifican con signos o síntomas mínimos pero detectables que presagian un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican predisposición a los trastornos mentales, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno en ese momento.

Sucesivamente se creó el marco actual de la OMS, donde se integra la prevención universal, selectiva e indicada con la prevención primaria, secundaria y terciaria; siendo la prevención primaria aquella que <<busca prevenir la aparición (incidencia) de un trastorno o de una enfermedad>>; la prevención secundaria la que <<busca disminuir la tasa de casos establecidos de el trastorno o enfermedad en la población (prevalencia) a través de la detección temprana y el tratamiento de enfermedades diagnosticables>>; y la prevención terciaria donde las <<intervenciones que reducen la discapacidad, mejoran la rehabilitación y previenen la recaídas y recurrencias de la enfermedad>> (21).

En el presente trabajo de grado, se realizará un tamizaje, a modo de prevención secundaria universal, mediante uno de los cuestionarios más utilizados para estos fines, el Cuestionario de capacidades y dificultades.

IV.1.3.1 Cuestionario de capacidades y dificultades

El Cuestionario de capacidades y dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire* en inglés o SDQ por sus siglas) es un cuestionario desarrollado por el Profesor Dr. Robert Goodman del *King's College London*, para la evaluación emocional

y conductual de niños y adolescentes a través de cuestionarios completados por los adolescentes, sus padres y también maestros. El cuestionario se puede utilizar como parte de la evaluación clínica de un paciente, como medida de detección, como medida de resultado del tratamiento y como herramienta de investigación (22).

El cuestionario está disponible en más de 40 idiomas y actualmente existen tres versiones del SDQ: un cuestionario breve, uno largo con un suplemento de impacto y un formulario de seguimiento. El SDQ pregunta sobre 25 atributos de los cuales algunos son positivos y otros negativos y se divide en cinco escalas de cinco ítems cada una. Entre estas escalas se incluyen:

- 1) Subescala de síntomas emocionales
- 2) Subescala de problemas de la conducta
- 3) Subescala de hiperactividad/ falta de atención
- 4) Subescala de problemas de relaciones entre pares
- 5) Subescala de comportamiento social

Las escalas se van a combinar (excluyendo la escala de comportamiento prosocial) en una puntuación de dificultades totales de cero a 40. Para cada una de las escalas la puntuación puede variar de 0 a 10 si los 5 ítems fueron completados. La estructura comprende de tres a cinco factores, tres factores incluyen resultados de internalización (subescalas de problemas de relaciones entre pares y síntomas emocionales), resultados de exteriorización (subescalas de problemas de la conducta e hiperactividad/falta de atención) y resultados de comportamiento social. En población general el modelo de tres factores resultó más adecuado, mientras que en población clínica se recomienda utilizar el modelo original de cinco factores. Como herramienta clínica y de investigación de uso frecuente, sus propiedades psicométricas y la aceptabilidad del usuario han sido establecidas. A pesar de que el SDQ se usa ampliamente de forma clínica para la evaluación, el diagnóstico y los resultados, la mayoría de los estudios utilizan una muestra de población general para aplicarlo (23).

Hasta el momento hemos explicado en qué consiste la prevención de trastornos mentales y la promoción de salud mental, con un énfasis en la población adolescente,

justificando su importancia. A continuación pasaremos a desarrollar una estrategia recomendada por la OMS para promover y proteger la salud mental de niños y adolescentes: los programas de salud mental escolar (1).

IV.2. Salud mental comunitaria y programas escolares de salud mental

La OMS estipula que entre las cuatro plataformas para la promoción y prevención en jóvenes están, las políticas y legislaciones, apoyo de los cuidadores, el ambiente fuera de la escuela y finalmente los programas escolares (3). A continuación sentaremos las bases para entender los programas escolares de salud mental, explicando en primer lugar lo que es la salud mental comunitaria, y luego, en segundo lugar, nos adentraremos en conceptos necesarios para desarrollar un programa de salud mental escolar.

IV.2.1. Salud mental comunitaria

La OMS emplea el término de salud mental comunitaria para <<cualquier cuidado de salud mental que es proveído fuera del hospital psiquiátrico>> (1). Se describen tres modelos de servicios de salud mental basados en la comunidad:

1. Salud mental en la atención sanitaria general:
 - a. Atención primaria (e.j. trabajo de salud comunitaria, consejería psicológica o atención médica)
 - b. Programas específicos de salud (e.j. clínica de salud materno-infantil, servicios de enfermedades no transmisibles o servicios de tuberculosis)
 - c. Hospitales generales (e.j. consulta externa, interconsultas, Unidades de Intervención en Crisis (UIC))
2. Servicios de salud mental comunitarios:
 - a. Centros y equipos de salud mental comunitaria
 - b. Centros de rehabilitación psicosocial
 - c. Servicios de apoyo de pares

- d. Servicios de vivienda asistida
- 3. Salud mental más allá del sector sanitario
 - a. Servicios sociales: protección de la infancia, viviendas sociales, empleo, beneficios sociales
 - b. Entornos no sanitarios: servicios de salud en el trabajo, servicios de salud en las prisiones y servicios de salud escolar (1)

Está diversidad en la atención, desarrollada en oposición al descontinuado modelo manicomial, ha demostrado garantizar una mayor accesibilidad a los servicios, reducir estigma, mejorar la protección de los derechos humanos y obtener resultados terapéuticos más favorables (1).

Por estas razones, el cambio a una organización de los servicios de salud que priorice la salud mental comunitaria es un objetivo de la OMS y de los estados miembros como la República Dominicana, reflejándose esto en la meta mundial de que <<el 80 por ciento de los países habrán duplicado el número de centros de salud mental de base comunitaria para el año 2030>> (15). Destacando, que estos servicios deben estar centrados en la persona y su recuperación, asegurando el acceso a la promoción de salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación (1).

IV.2.1.1. Desarrollo de un programa de salud mental comunitaria

El desarrollo de un programa de salud mental comunitaria puede variar dependiendo del tipo de servicio. No obstante, en el libro Salud Mental en la Comunidad, segunda edición, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ofrece un modelo de cómo desarrollar programas de salud mental comunitaria, el cual servirá de guía para nuestro trabajo.

En su primera etapa, el programa debe iniciar con un examen preliminar de la comunidad. Esto consiste en <<identificar las necesidades de salud mental que presenta la comunidad, en la exploración de los recursos existentes para atenderlas y en el reconocimiento de las características demográficas, sociales y culturales de la comunidad >> (12). La información a obtener en el examen preliminar abarca la

ubicación geográfica de la comunidad, datos sociodemográficos (e.j. edad, sexo, composición del hogar y de la familia, clase social, religión, etc), características socioculturales, datos sobre salud y enfermedad (e.j. mortalidad, morbilidad, características de la salud, etc), organización política, y recursos disponibles en la comunidad, pudiendo ser más o menos exhaustivo, dependiendo del tipo de comunidad. Mediante este examen se busca <<determinar cuáles son los problemas prioritarios de la comunidad que merecen ser explorados en mayor detalle, por medio del diagnóstico comunitario>> (12).

Destacar, que los recursos disponibles en la comunidad se agrupan en cuatro categorías: oficiales del sector salud, no oficiales del sector salud, oficiales fuera del sector salud y no oficiales fuera del sector salud (12). Se deben indagar los servicios de salud mental que utiliza la comunidad, cuáles servicios tienen disponibles en los centro de atención primaria, clínicas u hospitales generales, la oferta de actividades de promoción o prevención de salud mental, la existencia de grupos de apoyo y el rol de las instituciones religiosas, entre otros.

En la segunda etapa, el diagnóstico comunitario, se estudia holísticamente un trastorno específico en la comunidad buscando su control total o parcial gracias a un programa de intervención. El diagnóstico, al igual que el examen preliminar, debe ser lo más completo posible, de manera que se pueda formular un plan de acciones o un programa, que <<permitirá lograr un máximo de impacto en las condiciones de la realidad (efectividad) con un mínimo de costo (eficiencia), asegurando que los más necesitados sean privilegiados con los mayores beneficios del programa (equidad)>> (12).

Habiendo hecho esto, se procede a implementar el programa, siempre formulando previamente una estrategia en conjunto con la comunidad. Los ejes centrales de la implementación del programa son las intervenciones definidas y el registro de las mismas. Esto último es vital, pues es lo que permitirá realizar una vigilancia del estado de salud mental de la comunidad y la evaluación del programa, etapas sin las cuales no se puede completar el programa.

Por último, tras haber finalizado el programa, se hace un nuevo examen, el cual permitirá la reflexión con respecto al curso y resultados del programa en ejecución, como base de decisiones para acciones futuras>> (12).

IV.2.2. Programas escolares de salud mental

Un programa de salud mental escolar es un tipo de servicio de salud mental comunitaria que puede ser definido como <<cualquier programa, intervención o estrategia aplicada en un entorno escolar que haya sido diseñado específicamente para influir en el funcionamiento emocional, conductual y/o social de los estudiantes>> (24). La integración de la salud mental a los servicios de salud escolares es una necesidad que ha sido reconocida recientemente en la *WHO guideline on school health services* (2), enfatizando que <<los servicios de salud escolares deberían ser capaces de identificar tempranamente, referir y dar soporte a un rango de problemas de salud mental>> y <<apoyar políticas sobre el acoso escolar y la promoción de salud>> (1).

Estos programas emplean como estrategia el control de factores de riesgo y problemas psicosociales (12). Algunos factores de riesgo, relacionados a trastornos mentales frecuentes, ya han sido mencionados, pero también se pueden mencionar:

- Factores de riesgo familiar: divorcio, abandono del cuidado del menor, maltrato infantil, patrones de conducta inadecuados de los familiares, conductas suicidas en la familia, conductas antisociales, migración, nivel cultural bajo, consumo de alcohol y/o drogas, condiciones económicas precarias, vivienda en malas condiciones;
- Factores de riesgo educacional: Desorganización de las actividades escolares, falta de espacio, carencia de recreación, prohibición de jugar, maltrato físico y emocional, patrones de conducta inadecuado de los educadores, falta de hábitos higiénicos, condiciones escolares inadecuadas;
- Factores de riesgo presentes en la comunidad: Malas condiciones socioeconómicas, ausencia de áreas abiertas, falta de campos deportivos, ausencia de juegos tradicionales

- Factores de riesgo individual: Daños pre-peri y posnatal, trastornos del aprendizaje y déficits sensoriales, déficit de juegos y practica deportiva, violencia, enfermedades crónicas, desvinculación del estudio, consumo de alcohol y/o drogas, conducta suicida y accidentes, alteraciones de la identificación sexual (12).

La identificación de estos factores de riesgo, por un voluntario y/o trabajador ajeno al sector sanitario, con el fin de ayudar a la prevención de trastornos mentales y a la promoción de una buena salud mental, corresponde a un servicio informal de salud mental del niño y del adolescente (12). El carácter de informalidad no debe interpretarse despectivamente, al contrario, la OMS ha planteado que los servicios informales y de autoayuda, en conjunto con los servicios de salud mental en la atención primaria, deberían conformar el grueso de los servicios de salud mental (25).

IV.2.2.1. Desarrollo de un programa de salud mental escolar

Desarrollar un programa de salud mental escolar no es tarea fácil ni evidente. El formato, el proveedor y el enfoque puede variar considerablemente dependiendo del programa (24). Una forma de abordar el desarrollo del programa es mediante la aplicación del *Participatory Culture-Specific Intervention Model*, el cual plantea diez fases a seguir:

1. En primer lugar se debe formar un equipo de partes interesadas (administradores, profesionales escolares, agencias comunitarias, proveedores de servicios comunitarios, padres y estudiantes) que colabore para tomar decisiones basadas en evidencia sobre el plan y la implementación del programa y/o servicio de salud mental escolar.
2. En segundo lugar el equipo debe evaluar ejemplos de prácticas y políticas pertinentes en materia de salud mental, de manera que se acuerde un modelo conceptual sobre el cual guiarse.
3. A su vez, se debe aprender sobre la cultura de la comunidad, a través de entrevistas, observaciones y demás métodos que permitan identificar las

creencias, los valores y las normas de comportamiento relacionadas a la salud mental de los estudiantes.

4. Luego, el equipo asociado establece el objetivo de desarrollar un sistema integral de servicios de salud mental en la escuela.
5. A partir de aquí, entendiendo la cultura de la comunidad que se trabajó en la tercera fase, se inicia la recolección de datos, cualitativos y cuantitativos, para describir las necesidades de salud mental y bienestar psicológico de los niños.
6. Este proceso de investigación, adaptado a la cultura, debe llevar a que el equipo de colaboradores acuerde un modelo conceptual, adecuado al contexto y a la cultura, para guiar el desarrollo de los servicios de salud mental en la escuela.
7. Luego, el equipo desarrolla un plan para que los servicios de salud mental de la escuela estén adaptados a las necesidades, gama de servicios, personal, recursos, infraestructura, evaluación y potenciales socios comunitarios.
8. Habiendo hecho todo lo anterior, se procede a implementar el servicio integral de salud mental en la escuela, de acuerdo a lo establecido en la séptima fase, procurando una recolección de datos que permita el monitoreo del servicio.
9. Posteriormente se realiza una evaluación, tanto formativa como sumativa, y se recolectan datos, sobre la aceptación de los servicios de salud mental, la validación social, la integridad y el impacto, entre otros aspectos, que permitan al equipo tomar decisiones sobre las posibles modificaciones a realizar en base a los éxitos y las deficiencias.
10. A lo largo del proceso, el equipo debe planificar y supervisar la capacidad del sistema local (humana, material, económica) para continuar los esfuerzos actuales del programa y participar en el futuro desarrollo. La cuestión clave en esta fase es si el sistema puede seguir manteniendo un sistema eficaz de servicios de salud mental basados en la escuela de los niños a medida que cambian las necesidades y los recursos (26).

Esta guía para desarrollar un servicio o programa de salud mental escolar posee similitudes con lo descrito sobre el desarrollo de un programa de salud mental

comunitaria. Un programa o servicio puede variar mucho dependiendo de factores como la cultura, los recursos o las necesidades, por ejemplo. No obstante, existen programas, criterios, recomendaciones y/o servicios que permiten que el desarrollo de un programa de salud mental pueda hacerse con calidad y cierto grado de estandarización para favorecer la replicabilidad.

IV.2.2.2. *School Mental Health Quality Assessment School Version*

Un ejemplo notorio de un servicio estandarizado que facilita la implementación de programas y servicios de salud mental escolar es la *School Mental Health Quality Assessment School Version* (SMHQA-S), creada por el *National Center for School Mental Health* (NCSMH), afiliada a la escuela de medicina de la *University of Maryland*.

Esta es una evaluación diseñada para que los equipos escolares hagan una evaluación integral de su sistema de salud mental escolar e identifiquen áreas prioritarias para la mejora, a la cual se puede acceder de manera gratuita a través de la *School Health Assessment and Performance Evaluation* (SHAPE) *System*, <<una plataforma de acceso público basada en la web que ofrece a las escuelas, distritos y estados/territorios un espacio de trabajo y recursos específicos para apoyar la mejora de la calidad de la salud mental en las escuelas>>. (6,27)

Para alcanzar sus fines, evalúa siete dominios:

1. Equipo
2. Evaluación de necesidades y recursos
3. Cribado de salud mental
4. Promoción de salud mental
5. Intervención y tratamiento temprano
6. Financiación y sostenibilidad
7. Impacto

La evaluación se puede hacer en la plataforma y también mediante una forma impresa. Al finalizar la evaluación de cada dominio se obtienen reportes personalizados que permitirán al equipo mejorar la salud mental de la escuela. A cada dominio se le asigna una calificación: Maestría, Progresando y Emergente.

V. Operacionalización de las variables

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Relación de informante con estudiante	La relación del informante con el estudiante.	-Madre -Padre -Tutor legal -Padrastra -Madrastro	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	-Femenino -Masculino	Nominal
Peso	Es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.	Kilogramos (kg)	De razón
Talla	Altura de la persona medida en metros	Metros (m)	De razón
Índice de masa corporal (IMC)	Relación entre peso y talla al cuadrado.	kg/m ²	De razón
Grado de escolaridad	Curso académico que está cursando actualmente.	-Primero de bachillerato -Segundo de bachillerato -Tercero de bachillerato -Cuarto de bachillerato -Quinto de bachillerato -Sexto de bachillerato	Nominal
Dirección	Lugar donde reside el estudiante y su núcleo familiar	Provincia y barrio	Nominal
Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.	-Mulata -Negra -Blanca -Otra	Nominal

Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	-Catolicismo -Evangelismo -Pentecostalismo -Adventismo -Ateísmo -Agnosticismo -Otra -No refiere	Nominal
Ingreso familiar mensual	La totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia en un mes.	-Menos de 15,000 pesos -Entre 15,000 y 30,000 pesos -Entre 30,000 y 50,000 pesos -Entre 50,000 y 75,000 pesos -Entre 75,000 y 100,000 pesos -Más de 100,000 pesos	Nominal
Composición del hogar	Miembros que forman la unidad familiar dentro del hogar.	-Padres -Madres -Hermanos -Tutores -Animales domésticos	Nominal
Estado civil de los tutores	Situación de los padres determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	-Casados -Unión libre -Separados -Divorciados -Viudos	Nominal

Tipos de vivienda	Tipo de edificación donde reside la familia.	-Apartamento -Casa -Residencial	Nominal
Total de personas en el hogar	Número total de personas que viven en el hogar.	Número de personas	Numérica
Total de dormitorios en el hogar	Número total de dormitorios utilizados en el hogar.	Número de dormitorios	Numérica
Índice de hacinamiento	Relación entre el total de personas en el hogar y el total de dormitorios en el hogar.	Proporción de personas por dormitorios	Numérica
Habitación propia por parte del alumno	Tenencia del alumno de una habitación propia, no compartida.	-Si -No	Nominal
Posición categórica entre los hermanos	Posición del alumno con respecto al orden de nacimiento de sus hermanos.	-Primer hijo -Hijo del medio -Último hijo	Nominal
Posición numérica entre los hermanos	Orden numérico de nacimiento en relación al número total de hijos de sus padres.	1/1 1/2 1/3 1/5 2/3 2/4 3/4 3/8 2/2 3/3 4/4 5/5 6/6	Nominal
Promedio de primeros parciales (PP1)	Promedio de las notas en los primeros parciales	Puntuación entre 0 y 100	Numérico
Promedio de segundos parciales (PP2)	Promedio de las notas en los primeros parciales	Puntuación entre 0 y 100	Numérico
Promedio PP1+PP2	Promedio de promedio de primeros parciales más promedio de segundos parciales.	$PP1+PP2/2$	De razón

Promedio PP1-PP2	Promedio de promedio de primeros parciales menos promedio de segundos parciales.	PP1-PP2/2	De razón
Antecedentes de morbilidad	Historia de padecimiento de alguna enfermedad crónica o condición de salud que haya amenazado la vida.	Respuesta abierta	Nominal
Antecedentes en consulta de psicología	Historia de haber asistido a por lo menos una consulta con un especialista en Psicología.	-Si -No	Nominal
Antecedentes de consulta de psiquiatría	Historia de haber asistido a, por lo menos, una consulta con un especialista en Psiquiatría.	-Si -No	Nominal
Antecedentes de intento suicida en la familia	Historia de haber tenido al menos, un familiar con antecedentes de intento de suicidio.	-Si -No -No responde -No sabe	Nominal
Enfoque de la definición de promoción de salud mental	Criterio fundamental y distintivo de la definición de promoción de salud mental que se maneje.	-Mejoramiento de las capacidades -Maximización de la salud mental -Capacidad, resiliencia y bienestar -Mejoramiento de la competencia -Sentido de la coherencia -Bienestar y prevención -Bienestar -Mejoramiento del entorno	Nominal
Componentes de la promoción de una buena salud mental	Elementos operacionales que constituyen una buena salud mental.	-Alfabetización en salud mental -Actitud hacia los trastornos mentales -Autopercepción y valores	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> -Habilidades cognitivas -Desempeño académico/ocupacional -Emociones -Comportamientos -Estrategias de automanejo -Habilidades sociales -Familia y relaciones significativas -Salud física -Salud sexual -Sentido de la vida -Calidad de vida 	
Calidad del sistema escolar de salud mental	Evaluación del School Mental Health Quality Assessment (SMHQA).	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajo en equipo -Evaluación de necesidades/mapeo de recursos -Tamizaje -Servicios y apoyos para la promoción de la salud mental -Servicios y apoyos de tratamiento e intervención temprana -Financiamiento y sostenibilidad -Impacto 	Nominal

SDQ-Cas	Cuestionario breve para la evaluación emocional y conductual de niños y adolescentes que puede ser completado por estos o por sus padres o/y maestros desarrollado	-Subescala de síntomas emocionales -Subescala de problemas de la conducta -Subescala de hiperactividad /falta de atención -Subescala de problemas de relaciones entre pares -Subescala de comportamiento social	Nominal
Cribado de trastorno de hiperactividad del SDQ-Cas	Estimación de la posibilidad de estar padeciendo un trastorno de hiperactividad en base las subescalas de hiperactividad / falta de atención y las puntuaciones de impacto, versión de autollenado y versión parental.	Improbable Posible Probable	Nominal
Cribado de un trastorno conductual del SDQ-Cas	Estimación de la posibilidad de estar padeciendo un trastorno conductual en base las subescalas de problemas conductuales y las puntuaciones de impacto, versión de autollenado y versión parental.	Improbable Posible Probable	Nominal
Cribado de un trastorno emocional del SDQ-Cas	Estimación de la posibilidad de estar padeciendo un trastorno emocional en base las subescalas de problemas emocionales y las puntuaciones de impacto, versión de autollenado y versión parental.	Improbable Posible Probable	Nominal
Cribado de cualquier trastorno mental del SDQ-Cas	Estimación de la posibilidad de estar padeciendo cualquier trastorno mental en base a los resultados de las predicciones de un trastorno de hiperactividad, de un trastorno conductual y de un trastorno emocional.	Improbable Posible Probable	Nominal

VI. Material y métodos

VI.1. Tipo de estudio

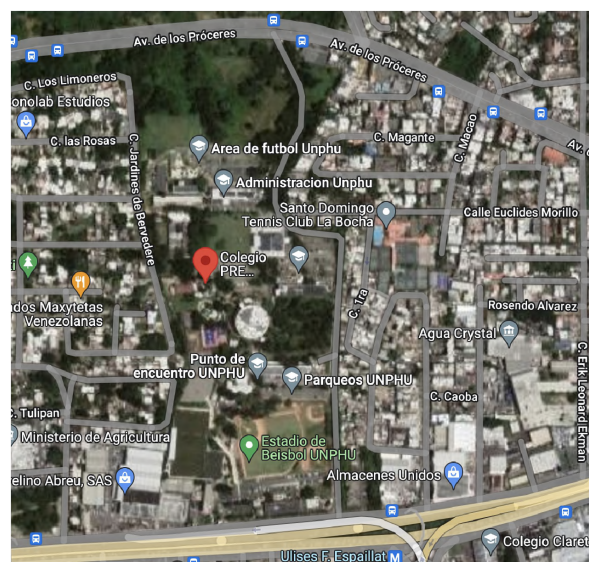
La presente investigación es un estudio analítico, comprometido con la comunidad (*Community-engaged research*) (28), descriptivo, exploratorio, prospectivo y transversal, que constituye un examen preliminar de salud mental comunitaria de la comunidad escolar (12), sirviendo como un examen preliminar de salud mental escolar en el Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña en el período diciembre de 2022 a marzo de 2023. (Anexo XIII.1. Cronograma)

VI.2. Área de estudio

Esta investigación se realizará en el Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña, el cual se encuentra ubicado en la avenida John Fitzgerald Kennedy, Km 7½, Los Jardines del Norte, dentro del recinto de la ya mencionada universidad. Está delimitado, al Norte, por los terrenos de la UNPHU y la avenida los Próceres; al Sur, por terrenos de la UNPHU y expreso John Fitzgerald Kennedy; al Este, por el Auditorio Horacio Álvarez Saviñón de la UNPHU y calle interior; y al Oeste, por la calle Jardines de Bervedere. (Ver mapa cartográfico del Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo

El universo del estudio estuvo compuesto por los estudiantes del Colegio Preuniversitario Pedro Henríquez Ureña y sus padres/tutores y psicólogos escolares del colegio.

VI.4. Muestra

La muestra consiste en 66 familias que completaron todos los cuestionarios entre diciembre y marzo.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Adolescentes inscritos en el período académico 2022-2023 en el Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña
2. Padres de adolescentes inscritos en el período académico 2022-2023 en el Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña
3. Que los padres aprueben por medio de la firma del consentimiento informado que sus hijos formen parte del estudio a realizar.
4. Que los alumnos firmen el asentimiento informado.

VI.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar en el estudio.
2. No tener la aprobación de los padres para participar.
3. No hacer parte de los estudiantes inscritos en el año académico 2022-2023 en el Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizará el Cuestionario de capacidades y dificultades para adolescentes entre 11 y 17 años de edad (ver IV.1.3.1 Cuestionario de capacidades y dificultades) y unos cuestionarios realizados por los investigadores (ver VIII.2. Instrumento de recolección de datos). También se obtendrán datos de la *School Mental Health Quality Assessment* a través de la plataforma SHAPE, disponible en la página web <https://shape.3cimpact.com/mentalHealthQuality> .

VI.7. Procedimiento

Luego de ser aprobado el anteproyecto por la Unidad de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), se solicitó una comunicación a las autoridades de la Escuela de Medicina de la UNPHU dirigida al Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña, solicitando el permiso para la realización de la investigación.

Luego se realizó un encuentro con los padres/tutores para informarles sobre los objetivos, beneficios y riesgos del presente trabajo de investigación. Se les facilitó el Cuestionario de capacidades y dificultades (Sdq-Cas) versión parental y los formularios realizados por los investigadores, vía correo electrónico. Sin firmar el consentimiento informado no se podía continuar y completar la encuesta.

A los alumnos cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado, tras firmar un asentimiento informado, se les administró el Cuestionario de capacidades y dificultades (Sdq-Cas) versión autollenado en un salón del COOPHU.

Para la evaluación de la calidad del sistema de salud mental del colegio mediante el SMHQA-S, se coordinó una reunión con dos psicólogos escolares del colegio para socializar el mismo, ayudándole a crear una cuenta en la plataforma SHAPE, para que posteriormente ambos realizarán la evaluación con el acompañamiento de los investigadores.

VI.8. Tabulación

La tabulación de los datos recolectados a través del instrumento se realizó utilizando el programa de Microsoft Excel para Windows OS y Mac OS.

VI.9. Análisis

Tras establecer la necesidad de utilizar pruebas no paramétricas para el análisis de los resultados, gracias a las pruebas de normalidad Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk, gracias a RStudio 2022.12.0+353 se analizaron los datos utilizando las pruebas de Kruskal-Wallis, Mann Whitney, Spearman Rank y Pairwise Wilcoxon Rank

VI.10. Consideraciones éticas

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la dirección del Colegio Preuniversitario Pedro Henríquez Ureña, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos serán manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por los investigadores. Todos los informantes identificados durante esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente

puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Antes de terminar los aspectos éticos, cabe destacar que los sustentantes se han certificado mediante el curso de Good Clinical Practices, el cual prepara a los investigadores en las buenas prácticas en ensayos clínicos con participantes humanos. El curso está basado en los Principios de GCP de ICH y el Código de Regulaciones Federales para ensayos de investigaciones clínicas en los Estados Unidos de Norteamérica.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada por otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

VII. Resultados

En la primera etapa de recolección de nuestro programa piloto de salud mental en el COPPHU, de todo el universo que componen las familias del colegio, por parte de los padres, se generaron un total de 120 códigos de identificación potencialmente elegibles, de los cuales tras ser examinados, se confirmaron 66. Posteriormente se recibieron por parte de los estudiantes 66 cuestionarios vinculados a estos códigos de identificación, de los cuales tras ser examinados, se confirmaron como elegibles todos. Por lo que se incluyeron en el estudio, unificados en un solo código, 66 participantes (padre/madre/tutor e hijo/hija).

Se descartaron 54 códigos de identificación, de los cuales: a 13 accedieron al enlace pero no completaron ningún cuestionario; 13 solo completaron Cuestionario del consentimiento informado, pero no iniciaron ningún cuestionario posterior; ocho completaron el Cuestionario del Consentimiento informado, iniciaron el Cuestionario capacidades y dificultades versión parental, pero no lo completaron, ni los formularios posteriores; dos iniciaron el cuestionario de Formulario de Buena Salud Mental, pero no lo completaron, ni los cuestionarios posteriores; cuatro completaron los dos primeros cuestionarios pero no iniciaron los cuestionarios posteriores; siete iniciaron el Cuestionario Sociodemográfico, pero no lo completaron; seis completaron los tres primeros cuestionarios, pero no iniciaron el cuarto; y una persona completo todos los cuestionarios en dos ocasiones.

Resaltar que 16 participantes realizaron intentos múltiples, para un total de 36 intentos entre estos 16 participantes; de estos lo intentaron dos veces 11 participantes, de los cuales cuatro completaron todos los cuestionarios en uno de sus intentos; otros tres participantes hicieron 3 intentos cada uno y todos completaron todos los cuestionarios en uno de sus intentos; un participante realizó cuatro intentos, no pudiendo completar todos los cuestionarios en ninguno; y una persona completo todos los cuestionarios en dos ocasiones, de la cual se eligió el primer intento. Por lo que de 16 participantes con

intentos múltiples, sumando entre ellos 36 intentos, ocho de estos lograron completar en una ocasión todos los cuestionarios (50.0%).

Lo cual permite definir que de los 54 códigos de identificación descartados, 28 corresponden a códigos de identificación productos de 8 participantes. Por lo que los 54 códigos descartados equivalen a 34 participantes. Estableciéndose entonces que el número total de padres, madres y/o tutores que intentaron completar los cuestionarios fueron 96, de los cuales 66 (68.8%) completaron todos los cuestionarios.

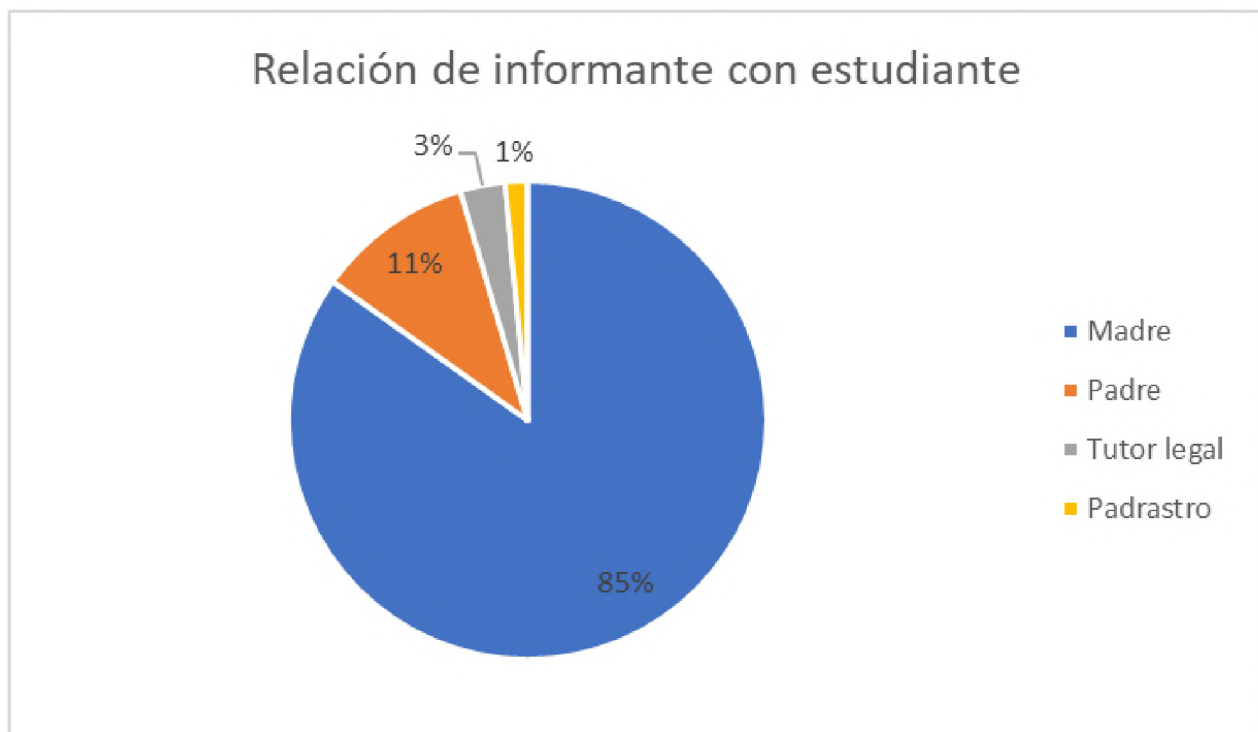
En la próxima página inicia la descripción de los resultados.

Tabla 1. Relación de informante con estudiante.

Relación de informante con estudiante	n= 66	%
Madre	56	84.85
Padre	7	10.61
Tutor legal	2	3.03
Padrastro	1	1.52
Madrastra	0	0.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfica 1. Relación de informante con estudiante.



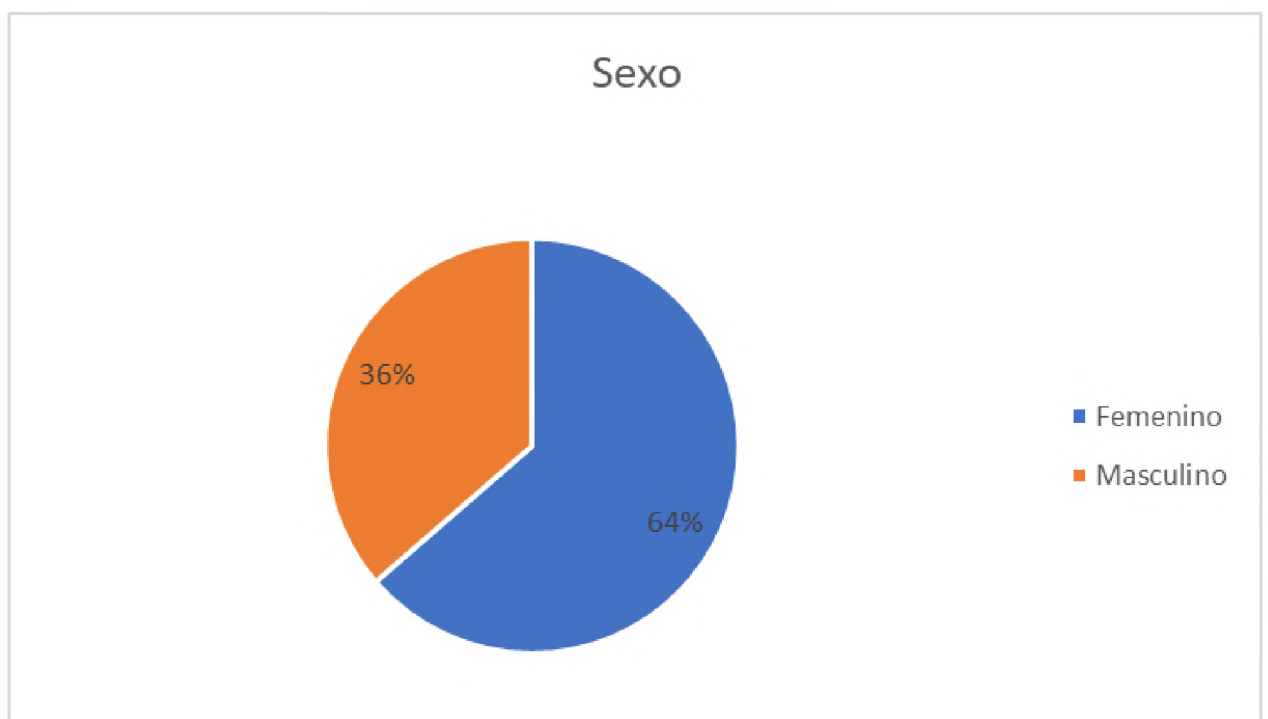
La distribución de la relación del informante con el estudiante es la siguiente: el 84.85% de los informantes son las madres, seguido de los padres con un 10.61% de los casos. Los tutores legales comprenden un 3%, los padrastros son el 1.52% de la muestra y no se obtuvo información de madrastras.

Tabla 2. Sexo del estudiante

Sexo del estudiante	n= 66	%
Femenino	42	63.64
Masculino	24	36.36

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 2. Sexo del estudiante



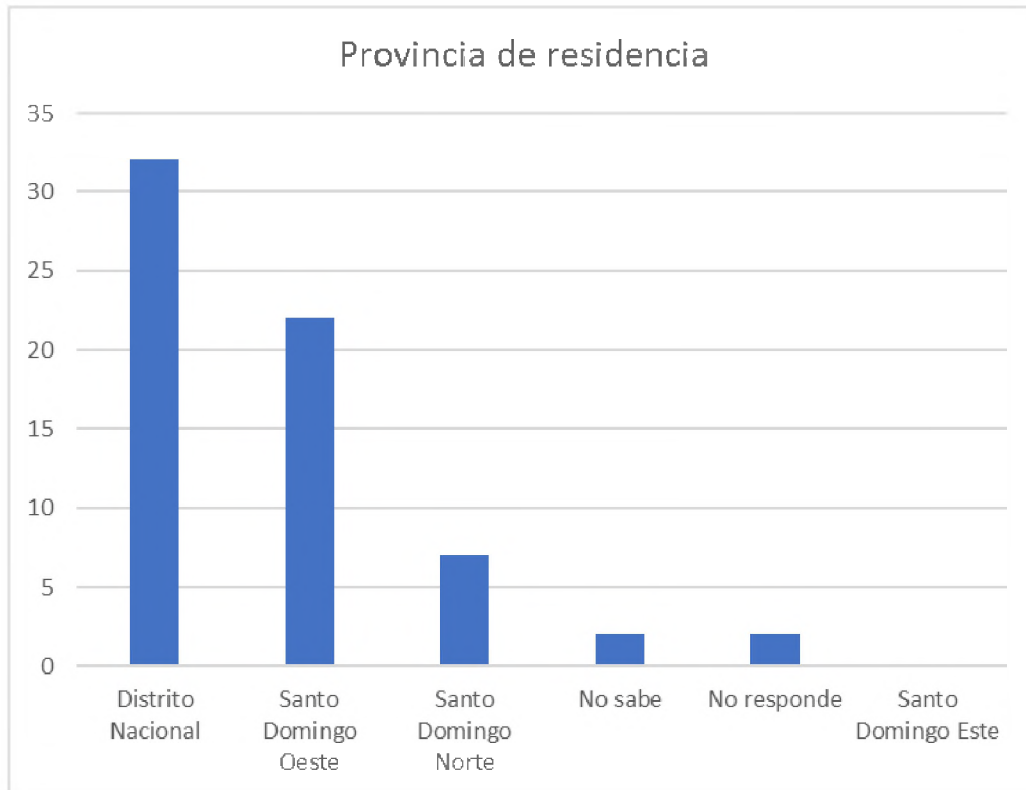
El sexo predominante entre los estudiantes encuestados fue el femenino, con un 63.64% sobre el masculino con un 36.36%.

Tabla 3. Provincia de residencia

Provincia de residencia	n= 66	%
Distrito Nacional	32	49.23
Santo Domingo Oeste	22	33.85
Santo Domingo Norte	7	10.77
No sabe	2	3.08
No responde	2	3.08
Santo Domingo Este	0	0.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfica 3. Provincia de residencia



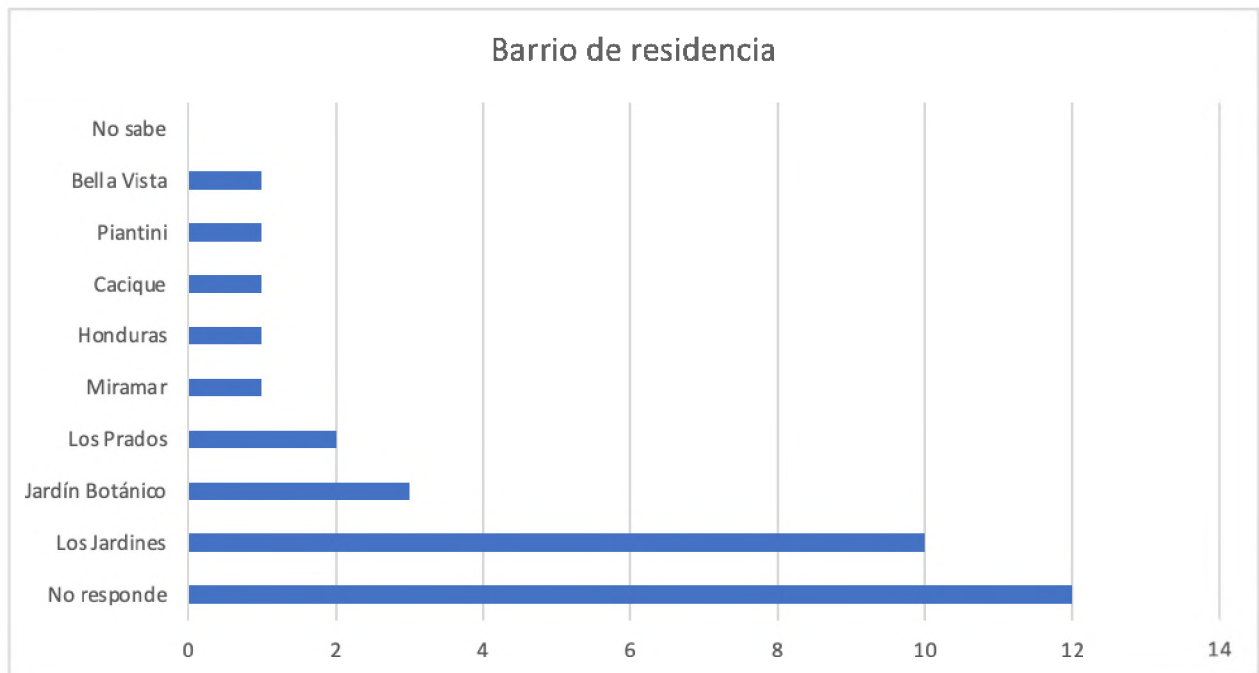
El municipio de residencia predominante entre los estudiantes fue el Distrito Nacional con un 49.23%, seguido de Santo Domingo Oeste con un 33.85%, Santo Domingo Norte con un 10.77% y nadie de Santo Domingo Este. Un 3.08% optó por no responder y otro 3.08% expresó que no sabe.

Tabla 4. Barrio de residencia.

Barrio de residencia	n= 32	%
No responde	12	37.50
Los Jardines	10	31.25
Jardín Botánico	3	9.38
Los Prados	2	6.25
Miramar	1	3.13
Honduras	1	3.13
Cacique	1	3.13
Piantini	1	3.13
Bella Vista	1	3.13
No sabe	0	0.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 5. Barrio de residencia.



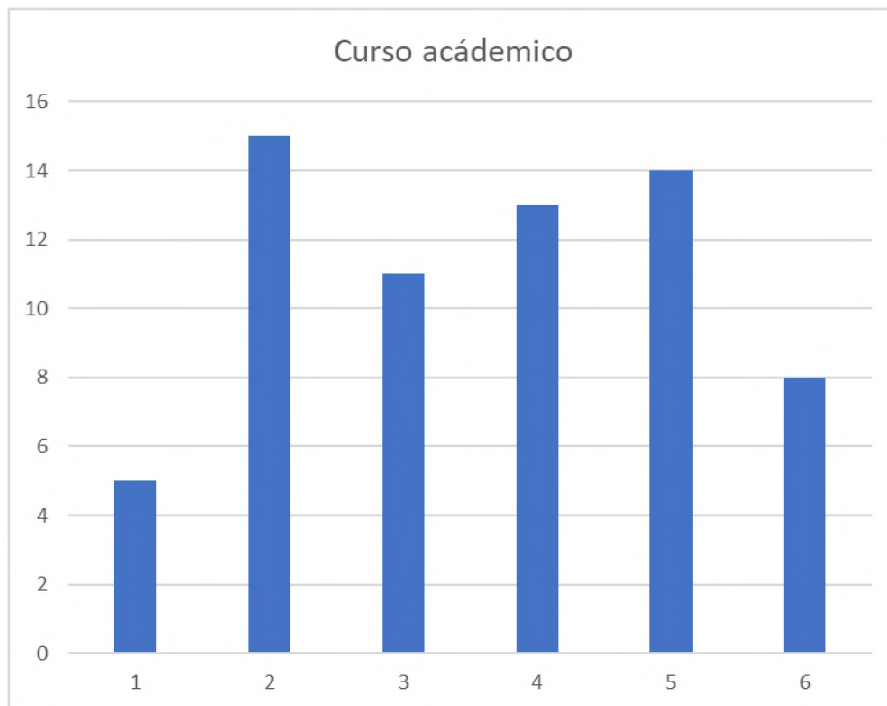
Entre quienes residen en el Distrito Nacional, la distribución según los barrios fue la siguiente: Los Jardines 31.25%, Jardín Botánico con un 9.38%, Los Prados con un 6.25%, Bella Vista, Miramar, Honduras, Cacique y Piantini con respectivamente un 3.13% cada uno. 37.50% de los participantes no respondieron.

Tabla 5. Curso académico.

Curso académico	n= 66	%
1	5	7.58
2	15	22.73
3	11	16.67
4	13	19.70
5	14	21.21
6	8	12.12

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 5. Curso académico.



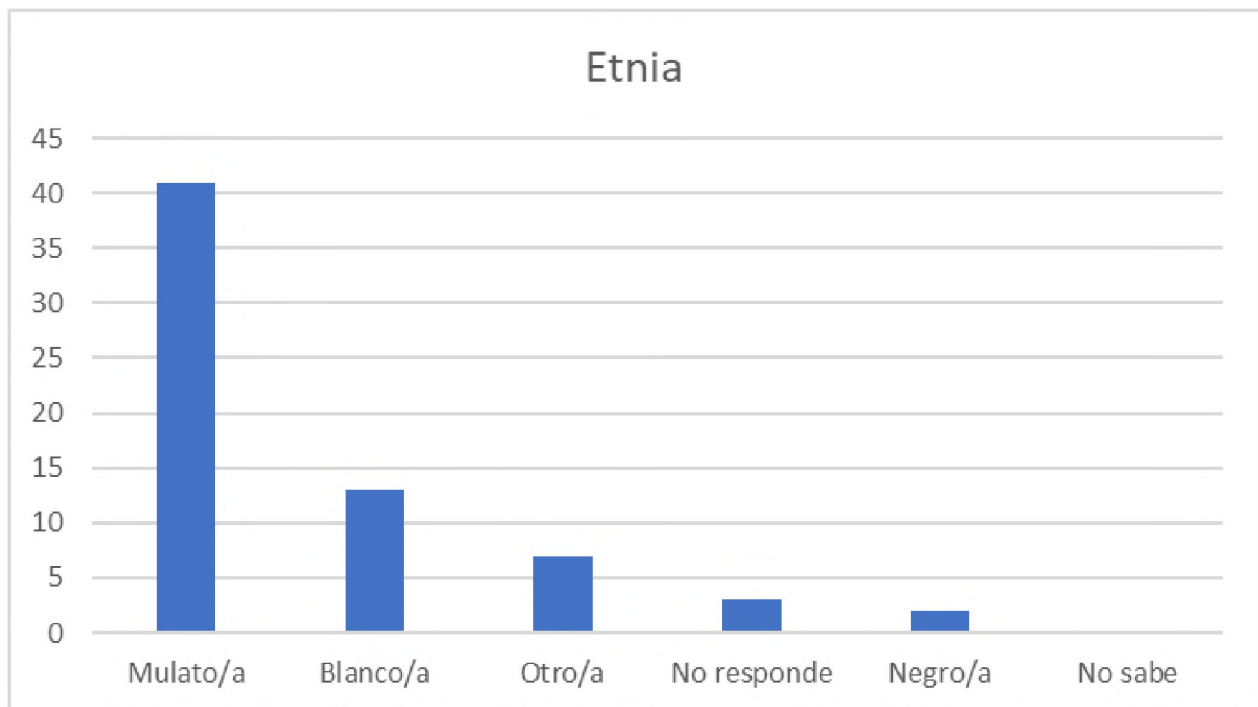
La distribución de los estudiantes según los cursos fue la siguiente: Un 7.58% en el primer curso, 22.73% en el segundo curso, 16.67% en el tercer curso, 19.70% en el cuarto curso, 21.21% en el quinto curso y 12.12% en el sexto curso. Estos cursos son en base a la nueva clasificación propuesta por el Ministerio de Educación, el cual el colegio en cuestión comprende sólo los cursos de bachillerato de primer y segundo ciclo, donde el primero comprende los primeros tres cursos y el segundo los restante tres.

Tabla 6. Etnia.

Etnia	n= 66	%
Mulato/a	41	62.12
Blanco/a	13	19.70
Otro/a	7	10.61
No responde	3	4.55
Negro/a	2	3.03
No sabe	0	0.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 6. Etnia.



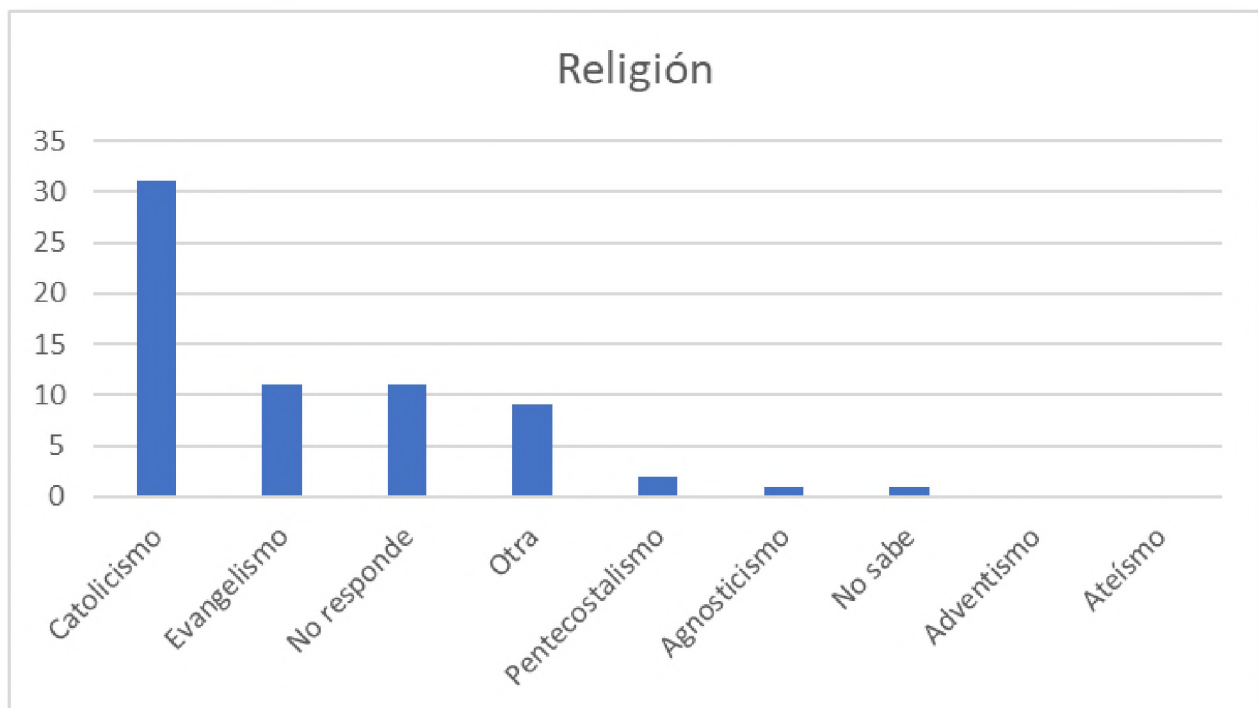
El 62.12% de los informantes identifica que sus hijos son de etnia mulata, el 19.70% etnia blanca, 10.61% de otra etnia, 3.03% de etnia negra y el 4.55% no respondió.

Tabla 7. Religión.

Religión	n= 66	%
Catolicismo	31	46.97
Evangelismo	11	16.67
No responde	11	16.67
Otra	9	13.64
Pentecostalismo	2	3.03
Agnosticismo	1	1.52
No sabe	1	1.52
Adventismo	0	0.00
Ateísmo	0	0.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 7. Religión.



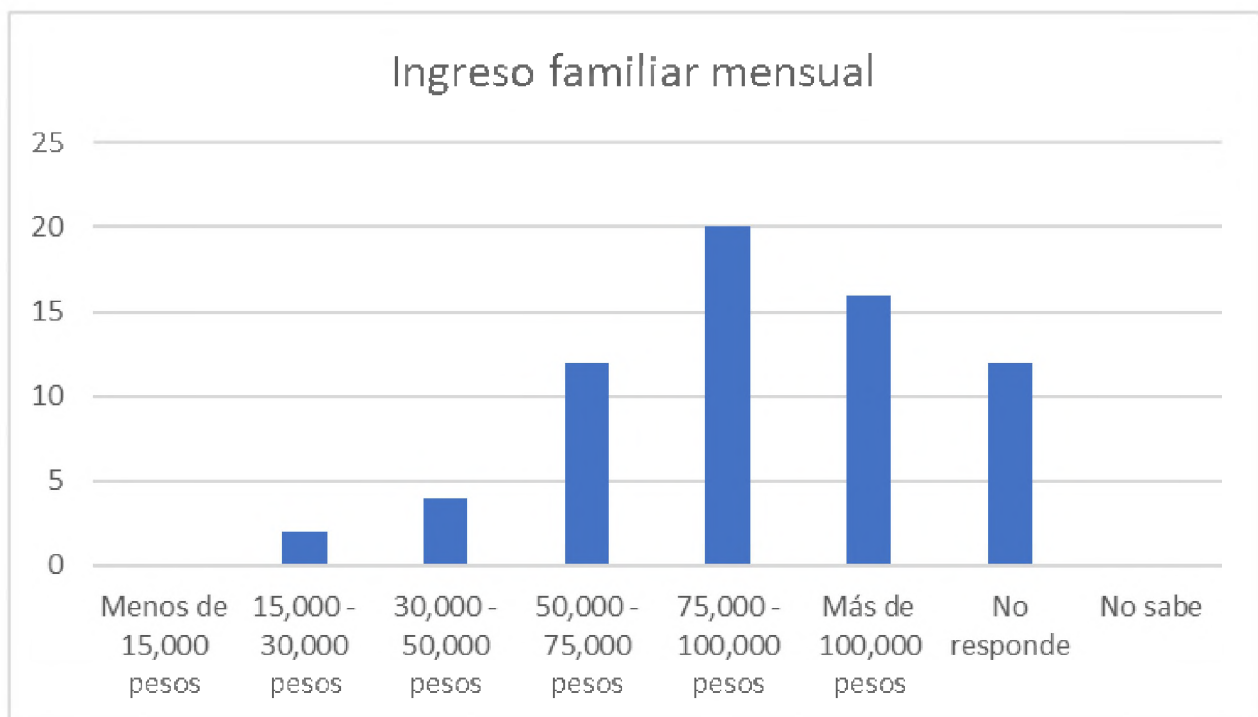
El 46.97% de los padres refieren que sus hijos son católicos, un 16.67% que son evangélicos y un 3.03% que son del credo pentescostal. Un 16.67% no respondió, un 13.64% refiere otra creencia no disponible entre las opciones ofrecidas, un 1.52% corresponde al agnosticismo y el 1.52% dice no saber.

Tabla 8. Ingreso familiar mensual.

Ingreso familiar mensual	n= 66	%
Menos de 15,000 pesos	0	0.00
15,000 - 30,000 pesos	2	3.03
30,000 - 50,000 pesos	4	6.06
50,000 - 75,000 pesos	12	18.18
75,000 - 100,000 pesos	20	30.30
Más de 100,000 pesos	16	24.24
No responde	12	18.18
No sabe	0	0.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 8. Ingreso familiar mensual.



En relación al ingreso familiar mensual, tienen un ingreso de entre 75,000 - 100,000 pesos el 30.30%, el 24.24% con más de 100,000 pesos, el 18.18% tienen entre 50,000 - 75,000 pesos, el 18.18% no respondieron, el 6% entre 30,000 - 50,000 pesos y el 3% entre 15,000 - 30,000 pesos.

Tabla 9. ¿Vive su hijo/hija con ambos padres?

¿Vive su hijo/hija con ambos padres?	n= 66	%
Si	39	59.09
No	27	40.91

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 9. ¿Vive su hijo/hija con ambos padres?



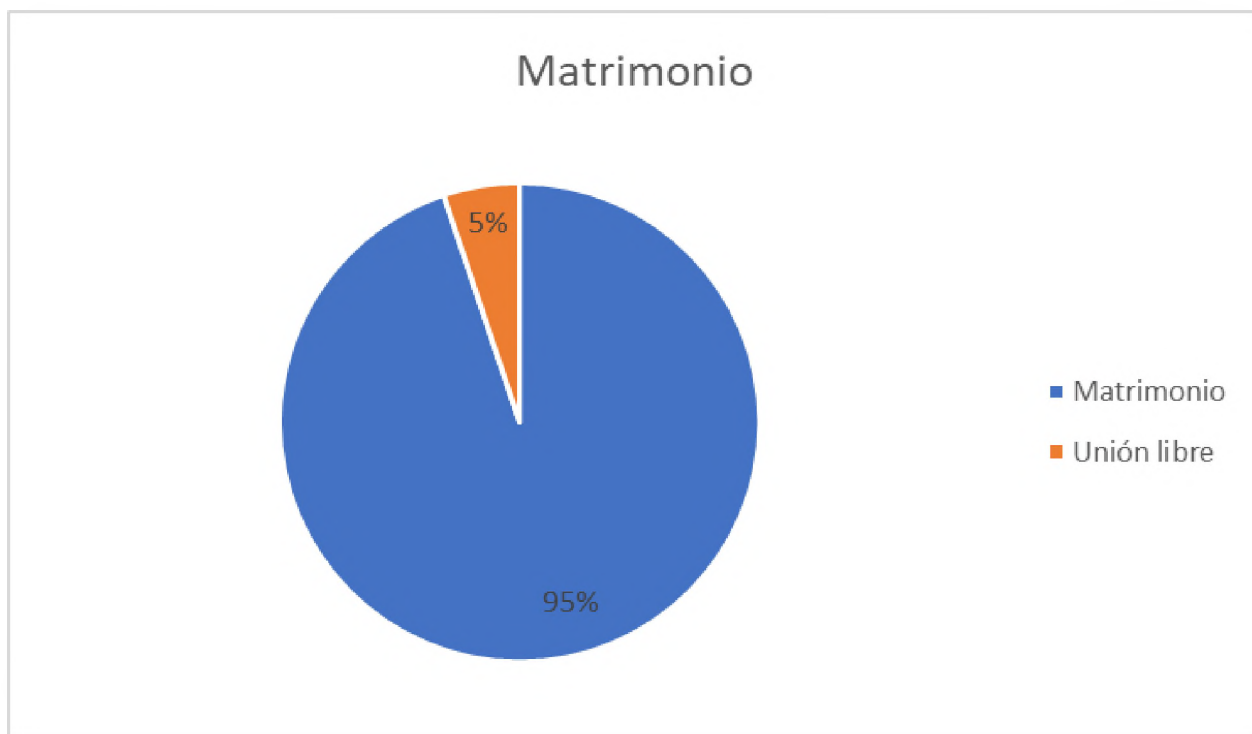
En cuanto a la Tabla 9 del cuestionario Sociodemográfico, los hijos que viven con ambos padres fueron un 59% y los que no fueron el 40.91%.

Tabla 10. Tipo de unión.

Tipo de unión	n= 39	%
Matrimonio	37	94.87
Unión libre	2	5.13

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfica 10. Tipo de unión.



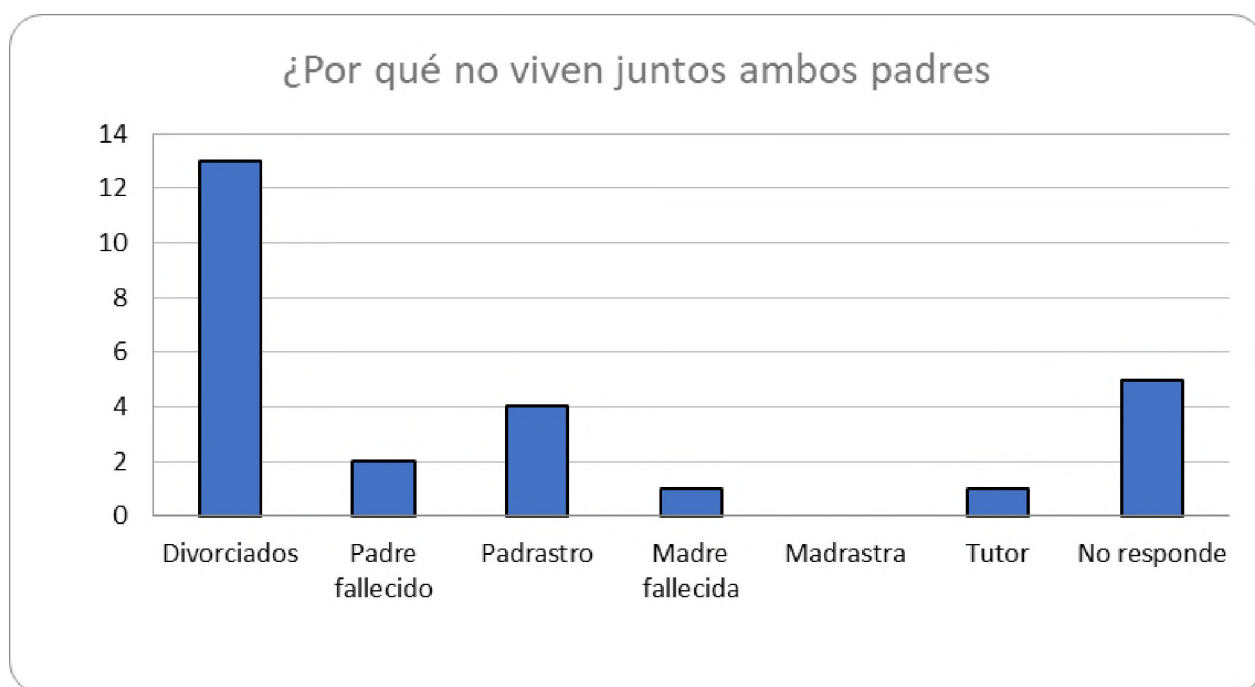
En cuanto a la Tabla 10, de los hijos que viven con ambos padres, los padres están casados en el 95% de los casos y están en unión libre en el 5%.

Tabla 11. ¿Por qué no viven juntos ambos padres?

¿Por qué no viven juntos ambos padres?	n= 27	%
Divorciados	13	48.15
Padre fallecido	2	7.41
Padrastro	4	14.81
Madre fallecida	1	3.70
Madrastra	0	0.00
Tutor	2	7.41
No responde	5	18.52

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 11. ¿Por qué no viven juntos ambos padres?



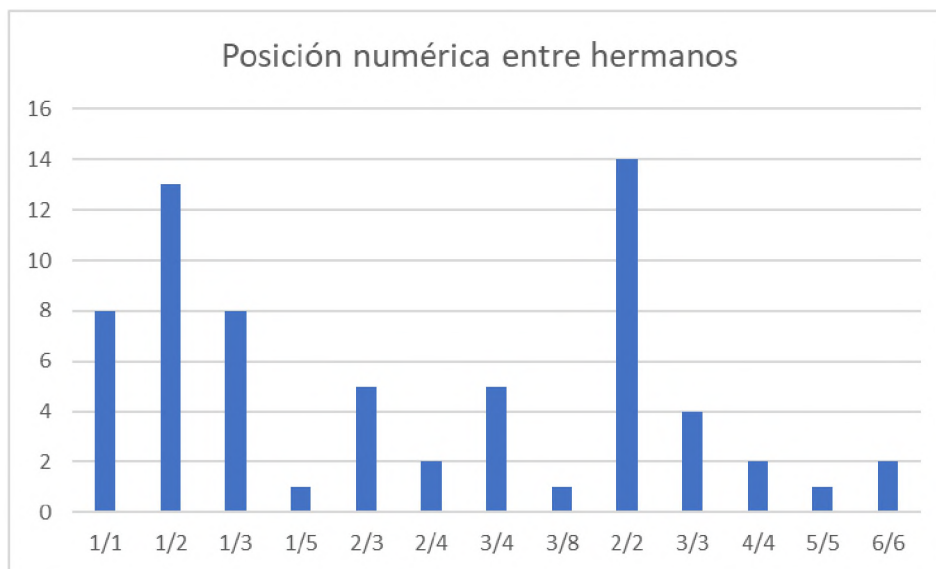
En cuanto a la Tabla 11, de los hijos que no viven con ambos padres, los padres están divorciados en el 48.15% de los casos, el 18.52% no responde, tienen un padrastro en el 14,81%, el padre está fallecido en el 7.41% de los casos, en el 3.70% tienen la madre fallecida o un tutor.

Tabla 12. Posición numérica entre hermanos.

Posición numérica entre hermanos	n= 66	%
1/1	8	12.12
1/2	13	19.70
1/3	8	12.12
1/5	1	1.52
2/3	5	7.58
2/4	2	3.03
3/4	5	7.58
3/8	1	1.52
2/2	14	21.21
3/3	4	6.06
4/4	2	3.03
5/5	1	1.52
6/6	2	3.03

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 12. Posición numérica entre hermanos .



En cuanto a la posición numérica entre hermanos de los estudiantes, los estudiantes están en la posición 2/2 en el 21.21% de los casos, seguido del 1/2 con el 19.70% y del 1/1 y 1/3 con ambos respectivamente el 12.12%. Le siguen la posición 2/3, y la 3/4 cada

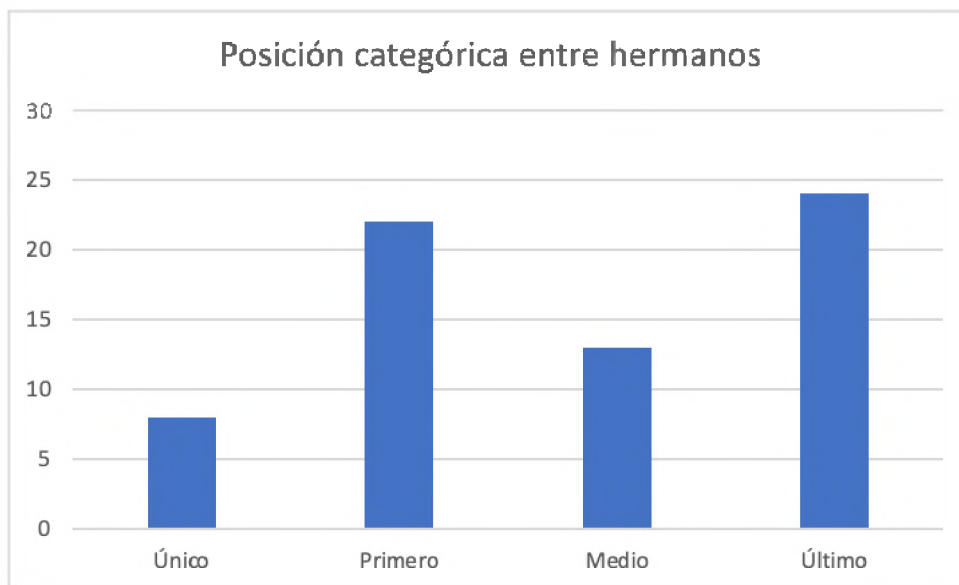
una con un 7.58%; La posición 3/3 con 6.06%. Las posiciones 2/4, la 4/4 y la 6/6 tienen 3.03% cada una. Para terminar tenemos que las posiciones $\frac{1}{6}$, la $\frac{3}{8}$, y la 5/5 tienen respectivamente el 1.52% de los casos cada una.

Tabla 13. Posición categórica entre hermanos.

Posición categórica entre hermanos	n= 66	%
Único	8	12.12
Primero	22	33.33
Medio	13	19.70
Último	23	34.85

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfica 13. Posición categórica entre hermanos.



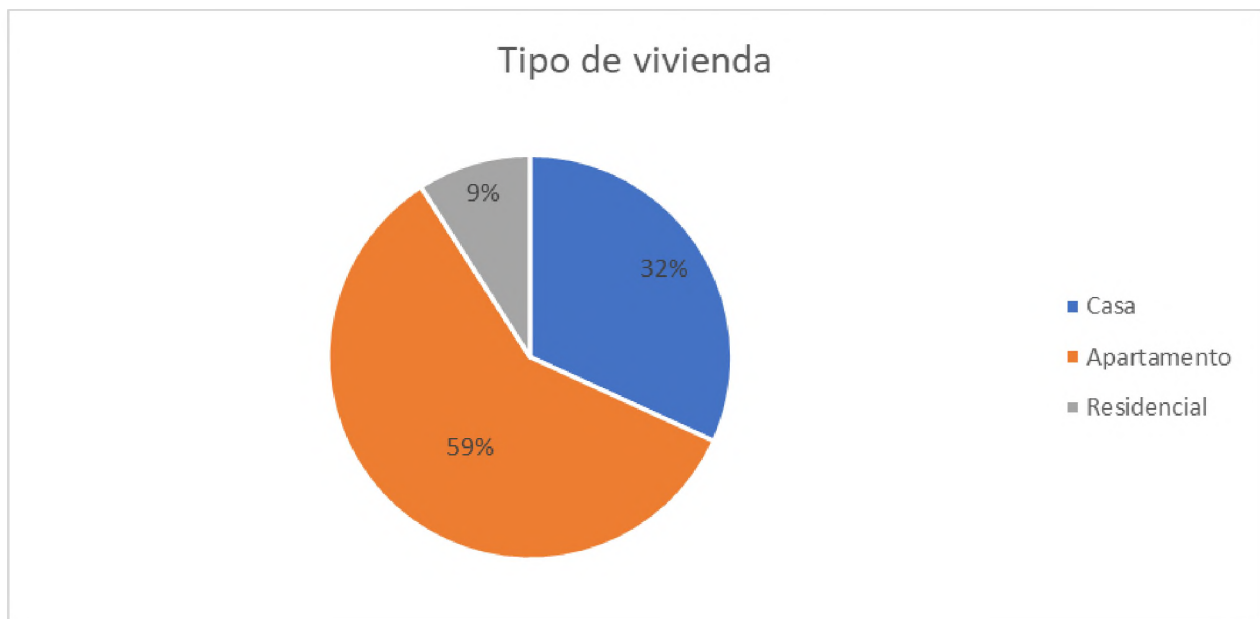
En relación a la posición categórica entre hermanos, los estudiantes son el último entre sus hermanos en un 34.85% de los casos, le sigue que sean el primero con un 33.33%, el del medio con un 19.7% y para finalizar son hijos únicos el 12.12%.

Tabla 14. Tipo de vivienda.

Tipo de vivienda	n= 66	%
Casa	21	31.82
Apartamento	39	59.09
Residencial	6	9.09

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 14. Tipo de vivienda.



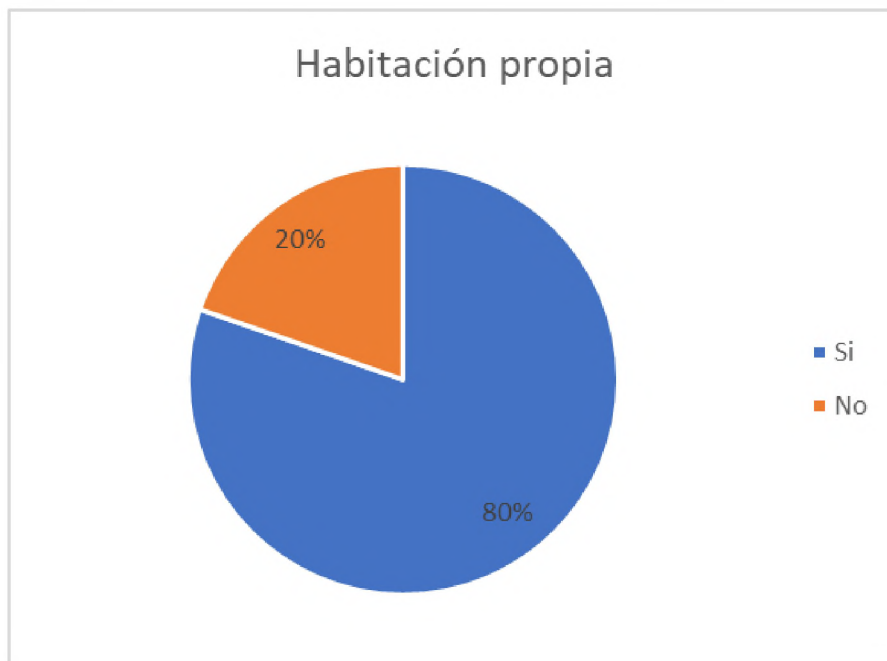
En cuanto al tipo de vivienda de los estudiantes es el siguiente: el 59.09% viven en apartamento, seguido del 31.82% que viven en casas, y el 9.09% viven en residenciales.

Tabla 15. Habitación propia.

Habitación propia	n= 66	%
Si	53	80.30
No	13	19.70

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 15. Habitación propia.



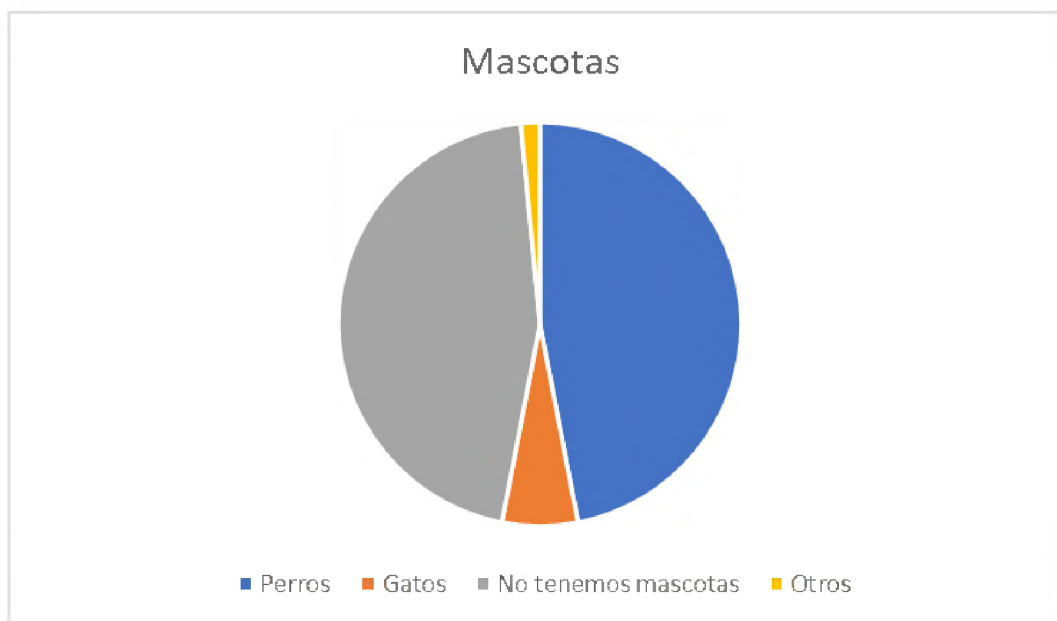
En cuanto a la habitación propia, de los estudiantes del estudio, el 80.30% tiene habitación propia mientras que el 19.70% no la tiene.

Tabla 16. Mascotas.

Mascotas	n= 66	%
Perros	31	46.97
Gatos	4	6.06
No tenemos mascotas	30	45.45
Otros	1	1.52

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 16. Mascotas.



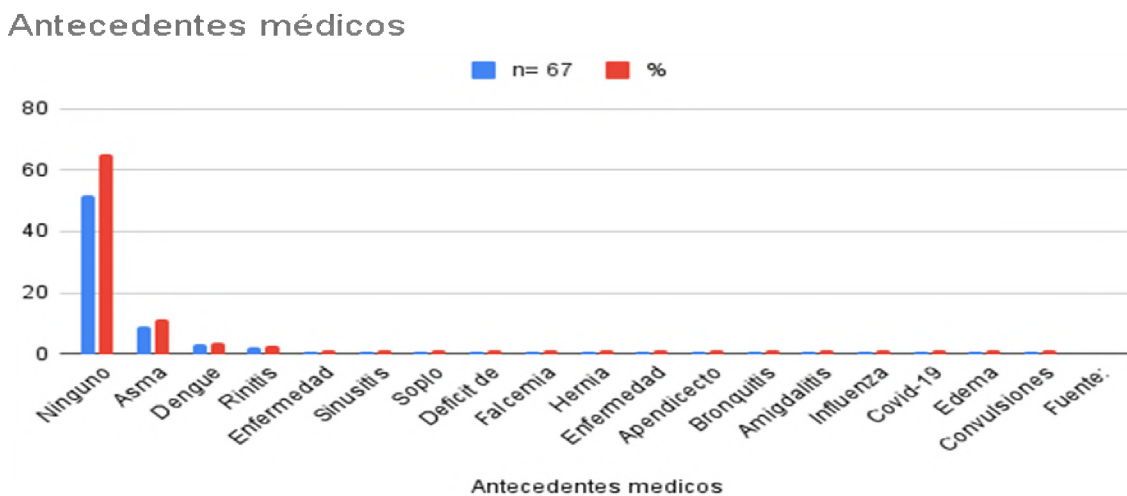
En cuanto a la presencia de una mascotas en el hogar fue la siguiente: el 46.97% tienen un perro, el 45.45% no tiene mascota, y el 6% tienen gatos y el 1.52% tiene otros.

Tabla 17. Antecedentes médicos.

Antecedentes médicos	n= 66	%
Ninguno	51	77.27
Asma	9	13.63
Dengue	3	4.54
Rinitis	2	3.03
Enfermedad de la tiroides	1	1.51
Sinusitis	1	1.51
Soplo cardiaco	1	1.51
Deficit de atencion	1	1.51
Falcemia	1	1.51
Hernia inguinal	1	1.51
Enfermedad de las adenoides	1	1.51
Apendicectomía	1	1.51
Bronquitis	1	1.51
Amigdalitis	1	1.51
Influenza	1	1.51
Covid-19	1	1.51
Edema pulmonar	1	1.51
Convulsiones febriles	1	1.51

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 17. Antecedentes médicos.



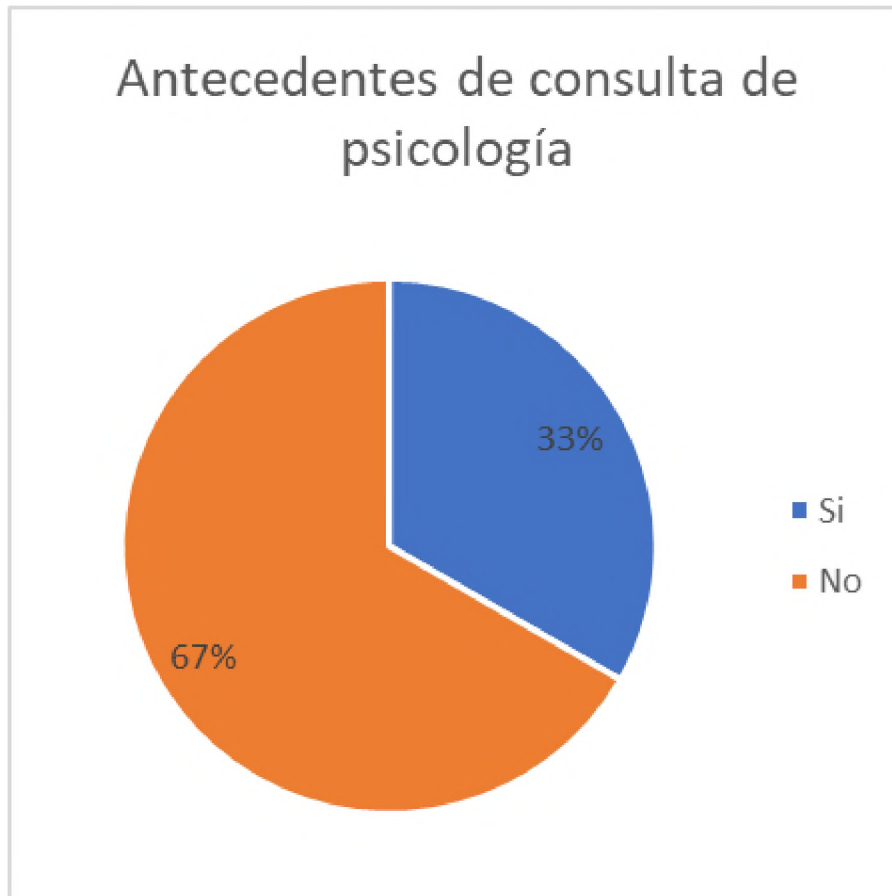
Han habido los siguientes antecedentes médicos en los estudiantes: Ninguno en el 77.27% de los casos, el 13.63% ha presentado asma, el 4.5% ha presentado dengue, el 3% ha tenido rinitis. De los siguientes, cada uno equivale al 1.5% de los casos: Convulsiones febriles, edema pulmonar, sinusitis, déficit de atención, hernia inguinal, apendicectomía, enfermedad de la tiroides, bronquitis, amigdalitis, covid-19, enfermedad de la adenoides, influenza, falcemia y soplo cardiaco.

Tabla 18. Antecedentes de consulta psicológica.

Antecedentes de consulta de psicología	n= 66	%
Si	22	33.33
No	44	66.67

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 18. Antecedentes de consulta psicológica.



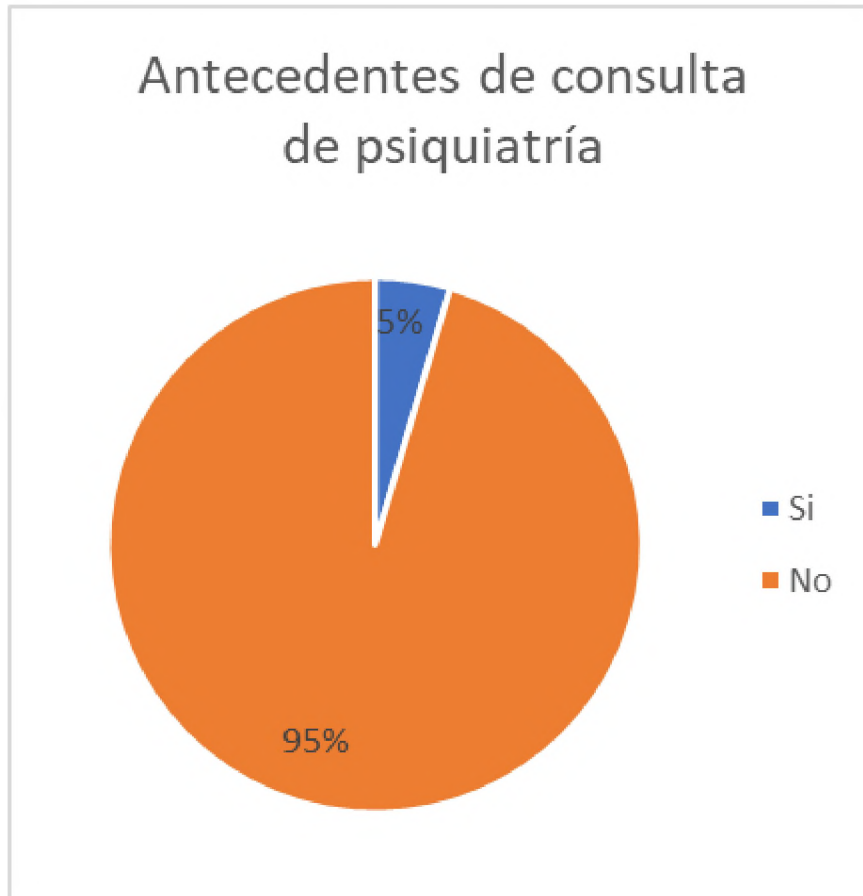
Han habido antecedentes de consulta de psicología en los estudiantes en el 33.33% de los casos mientras que no ha habido en el 66.67%.

Tabla 19. Antecedentes de consulta de psiquiatría.

Antecedentes de consulta de psiquiatría	n= 66	%
Si	3	4.55
No	63	95.45

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 19. Antecedentes de consulta de psiquiatría.



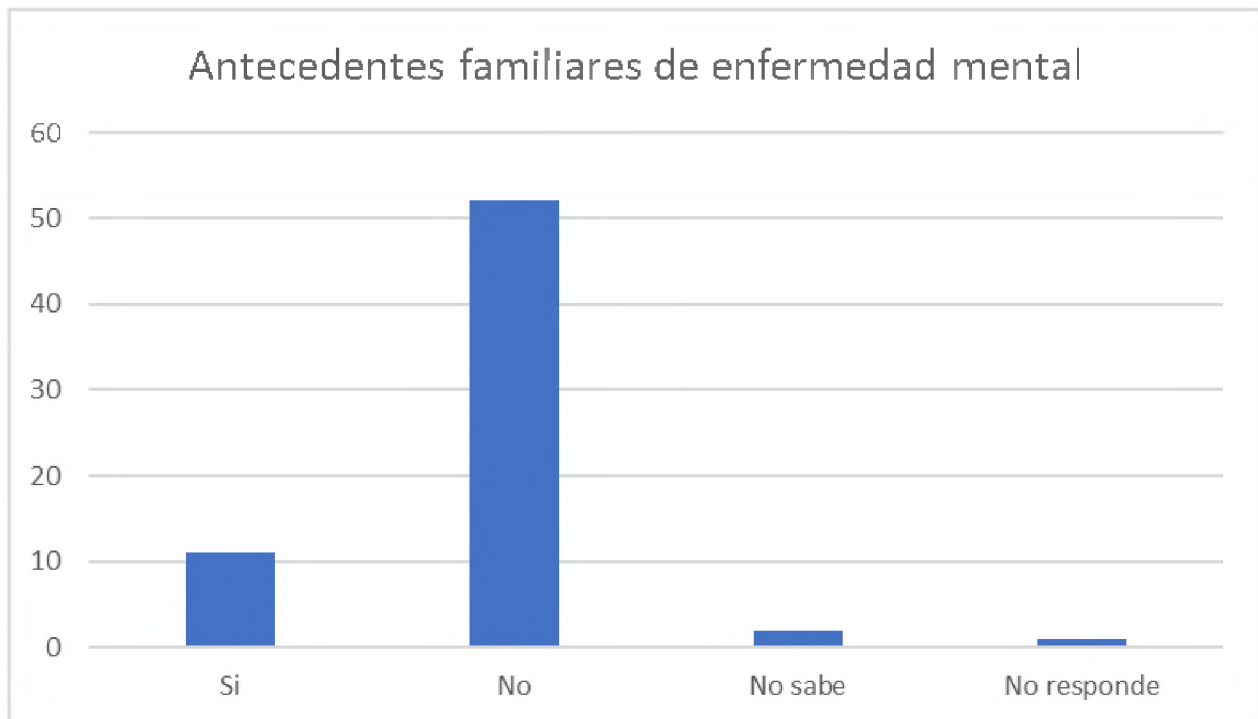
Han habido antecedentes de consulta de psiquiatría en los estudiantes en el 4.55% de los casos mientras que no ha habido en el 95.45%.

Tabla 20. Antecedentes familiares de enfermedad mental.

Antecedentes familiares de enfermedad mental	n= 66	%
Si	11	16.67
No	52	78.79
No sabe	2	3.03
No responde	1	1.52

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 20. Antecedentes familiares de enfermedad mental.



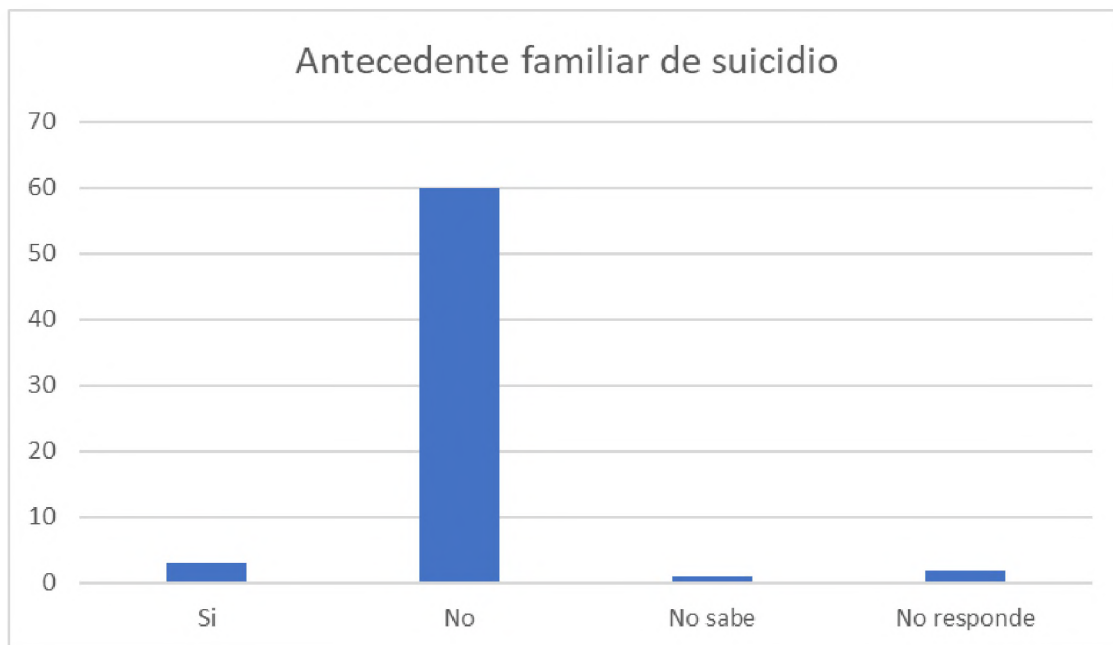
Han habido antecedentes de familiares con enfermedad mental en el 16.67% de los casos mientras que no ha habido en el 78.79%. El 3% no sabe y el 1.5% no responde.

Tabla 21. Antecedente familiar de suicidio.

Antecedente familiar de suicidio	n= 66	%
Si	3	4.55
No	60	90.91
No sabe	1	1.52
No responde	2	3.03

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Gráfico 21. Antecedente familiar de suicidio.



Han habido antecedentes familiar de suicidio en el 4.55% de los casos mientras que no ha habido en el 90.91%. El 3% no responde y el 1.5% no sabe.

Tabla 22. Edad, Índice de hacinamiento, IMC, Promedio de parciales

	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar
Edad	15.48	16	16	1.58
Índice de hacinamiento	1.27	1.25	1	0.36
Índice de masa corporal	21.4	20.72	20.42	20.41
Promedio de primeros parciales	89.73	90.5	91	5.43
Promedio de segundos parciales	88.17	91	94	09.06
Promedio PP1 y PP2	88.95	91	91	6.94
Diferencia entre PP1 y PP2	-1.56	0	2	5.46

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

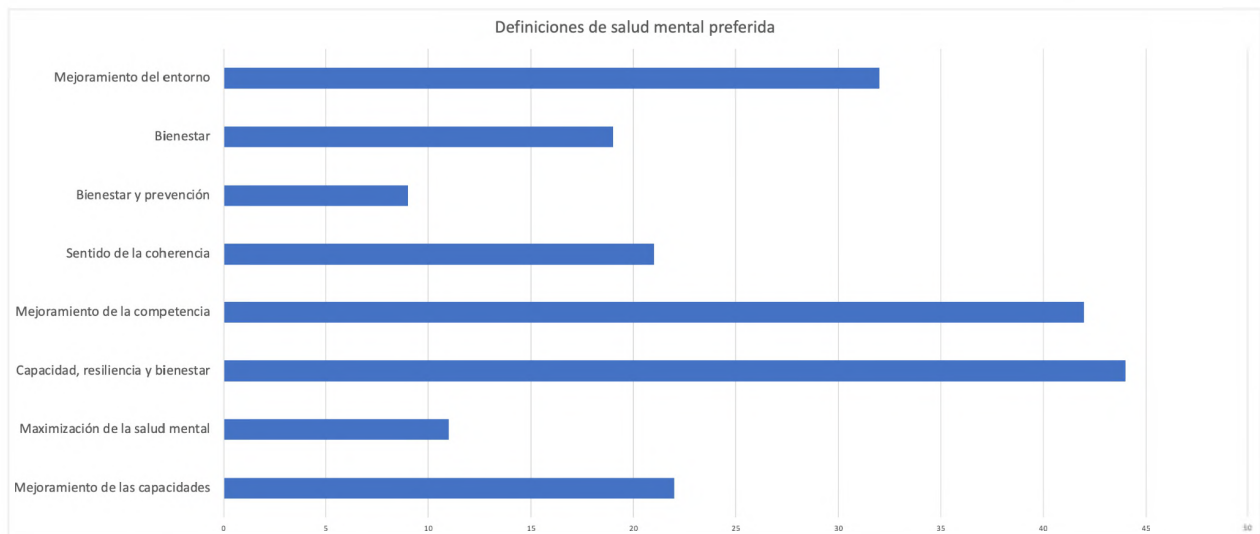
En cuanto a la edad hemos podido observar que la muestra presenta una media de 15.48 años de edad, una mediana de 16 años, una moda de 16 y una desviación estándar de más o menos 1.58 años. El índice de hacinamiento presenta una media de 1.27 personas por habitación, una mediana de 1.25 y una moda de 1 persona por habitación con una desviación estándar de 0.36 mas o menos. Sobre el índice de masa corporal tuvimos una media de 21.4, una mediana de 20.72 y una moda de 20.42, estos datos se proporcionan mediante un cálculo hecho por los investigadores en base a los datos sobre la talla y el peso de los estudiantes referido por los padres. La media de primer parcial entre los estudiantes fue de 89.73 puntos de 100, la mediana fue de 90.5 y la moda de 91 con una desviación estándar de más o menos 5.43 puntos. La media de segundo parcial entre los estudiantes fue de 88.17 puntos de 100, la mediana fue de 91 y la moda de 94 puntos con una desviación estándar de más o menos 9.06 puntos. La media de promedio de parciales fue de 88.95 puntos, con una mediana de 91 y una moda de 91 con una desviación estándar de más o menos 6.94 puntos. La diferencia de primer y segundo parcial obtuvo una media de -1.56 puntos, una mediana de 0, y una moda de 2 puntos con una desviación estándar de 5.46 puntos.

Tabla 23. Cuestionario de definición de salud mental preferida.

Definiciones de salud mental preferida	n = 66	%
Mejoramiento del entorno	32	47.76
Bienestar	19	28.36
Bienestar y prevención	9	13.43
Sentido de la coherencia	21	31.34
Mejoramiento de la competencia	42	62.69
Capacidad, resiliencia y bienestar	44	65.67
Maximización de la salud mental	11	16.42
Mejoramiento de las capacidades	22	32.84

Fuente: Cuestionario de definición de salud mental preferida

Gráfico 23. Cuestionario de definición de salud mental preferida.



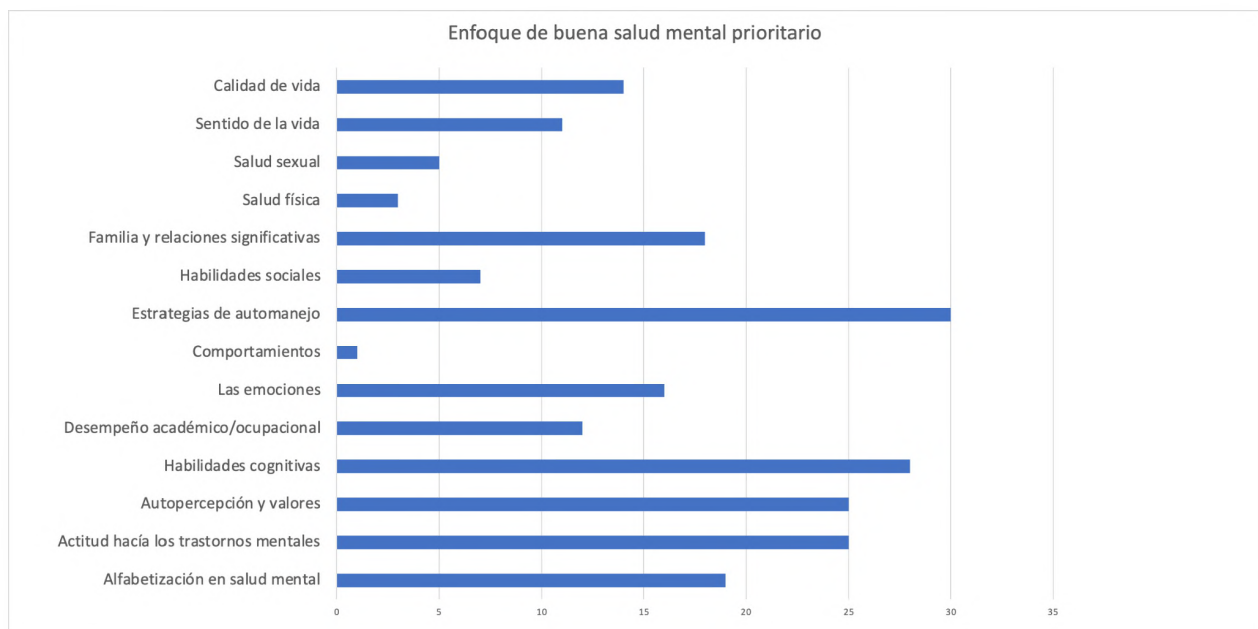
En cuanto al cuestionario de definición de salud mental preferida, el 65.67% prefiere la definición de Capacidad, resiliencia y bienestar, el 62.69% el mejoramiento de las competencias, seguido del mejoramiento del entorno con un 47.76%, el mejoramiento de las capacidades un 32.84%, el sentido de la coherencia tiene un 31.34%, bienestar tiene un 28.36% seguido de maximización de la salud mental con un 16.42% y para terminar bienestar y prevención obtuvo un 13.43%.

Tabla 24. Cuestionario de enfoque de buena salud prioritario.

Enfoque de buena salud mental prioritaria	n = 66	%
Calidad de vida	14	20.90
Sentido de la vida	11	16.42
Salud sexual	5	7.46
Salud física	3	4.48
Familia y relaciones significativas	18	26.87
Habilidades sociales	7	10.45
Estrategias de automanejo	30	44.78
Comportamientos	1	1.49
Las emociones	16	23.88
Desempeño académico/ocupacional	12	17.91
Habilidades cognitivas	28	41.79
Autopercepción y valores	25	37.31
Actitud hacia los trastornos mentales	25	37.31
Alfabetización en salud mental	19	28.36

Fuente: Cuestionario de enfoque de buena salud prioritario

Gráfica 24. Cuestionario de enfoque de buena salud prioritario.



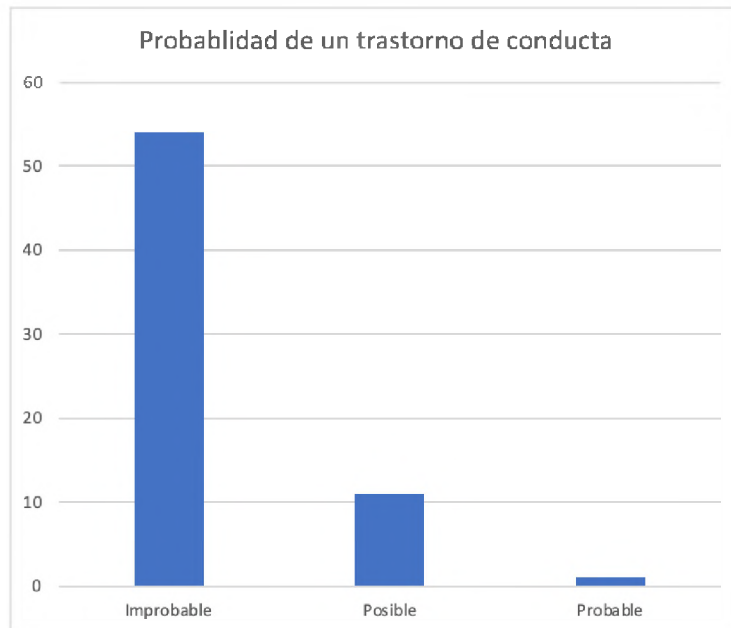
En cuanto al cuestionario de enfoque de buena salud prioritario, el 44.78% de los padres selecciono que prefiere para sus hijos el enfoque de estrategias de automanejo, el 41.79% seleccionaron habilidades cognitivas, el 37.31% prefiere la actitud hacia los trastornos mentales, el 26.87% la familia y las relaciones significativas, el 28.36% la alfabetización en la salud mental, el 23.88% las emociones, el 37.31% la autopercepción y valores, el 20.9% la calidad de vida, el 16.42% el sentido de la vida, el 17.91% el desempeño académico/ocupacional, el 10.45% prefiere las habilidades sociales, el 7.46% la salud sexual, el 4.48% la salud física y para terminar el 1.49% el comportamiento.

Tabla 25. Cuestionario de capacidades y dificultades.

Probabilidad de un trastorno de conducta	n= 66	%
Improbable	54	81.82
Posible	11	16.67
Probable	1	1.52

Fuente: Cuestionario de Capacidades y Dificultades

Gráfica 25. Cuestionario de capacidades y dificultades.



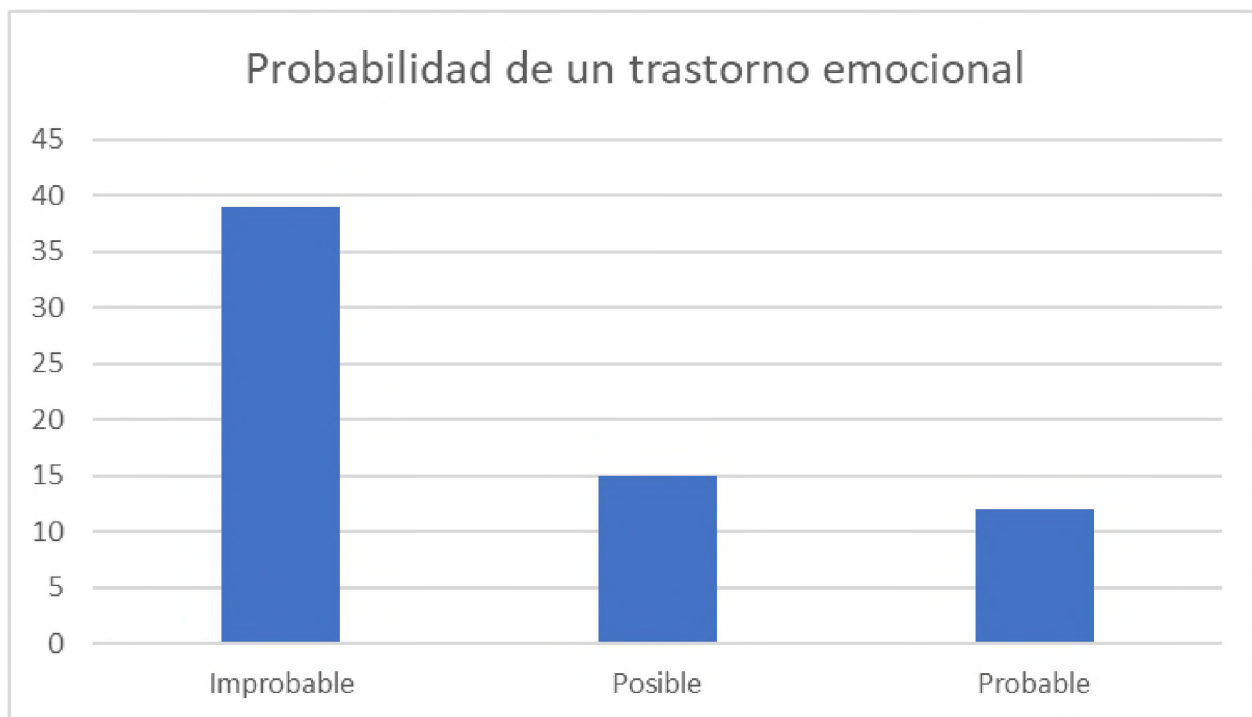
En cuanto al cuestionario de capacidades y dificultades, la probabilidad de sufrir de un trastorno de la conducta en la muestra de 66 estudiantes es improbable en el 81.82%, posible en el 16.67% de los casos y probable en el 1.52%.

Tabla 26. Cuestionario de capacidades y dificultades.

Probabilidad de un trastorno emocional	n= 66	%
Improbable	39	59.09
Posible	15	22.73
Probable	12	18.18

Fuente: Cuestionario de Capacidades y Dificultades

Gráfico 26. Cuestionario de capacidades y dificultades.



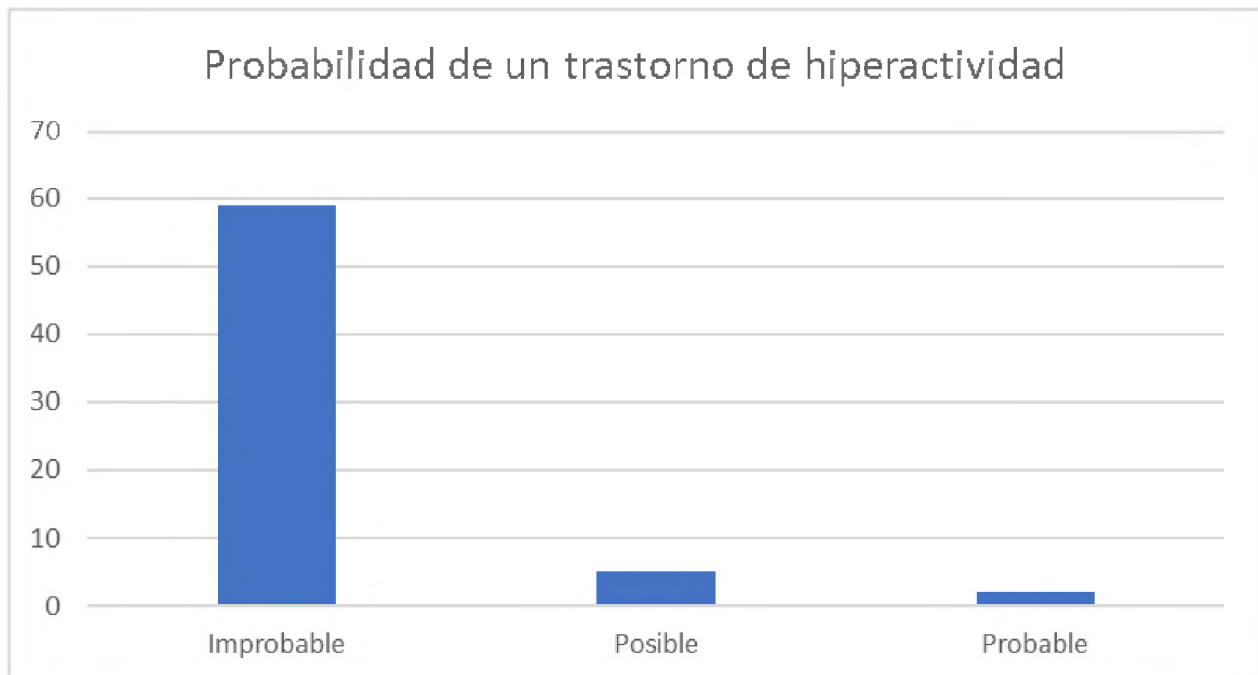
En cuanto al cuestionario de capacidades y dificultades, la probabilidad de sufrir de un trastorno emocional en la muestra de 66 estudiantes es improbable en el 59.09%, posible en el 22.73% de los casos y probable en el 18.18%.

Tabla 27. Cuestionario de capacidades y dificultades.

Probabilidad de un trastorno de hiperactividad	n= 66	%
Improbable	59	89.39
Posible	5	7.58
Probable	2	3.03

Fuente: Cuestionario de Capacidades y Dificultades

Gráfico 27.. Cuestionario de capacidades y dificultades.



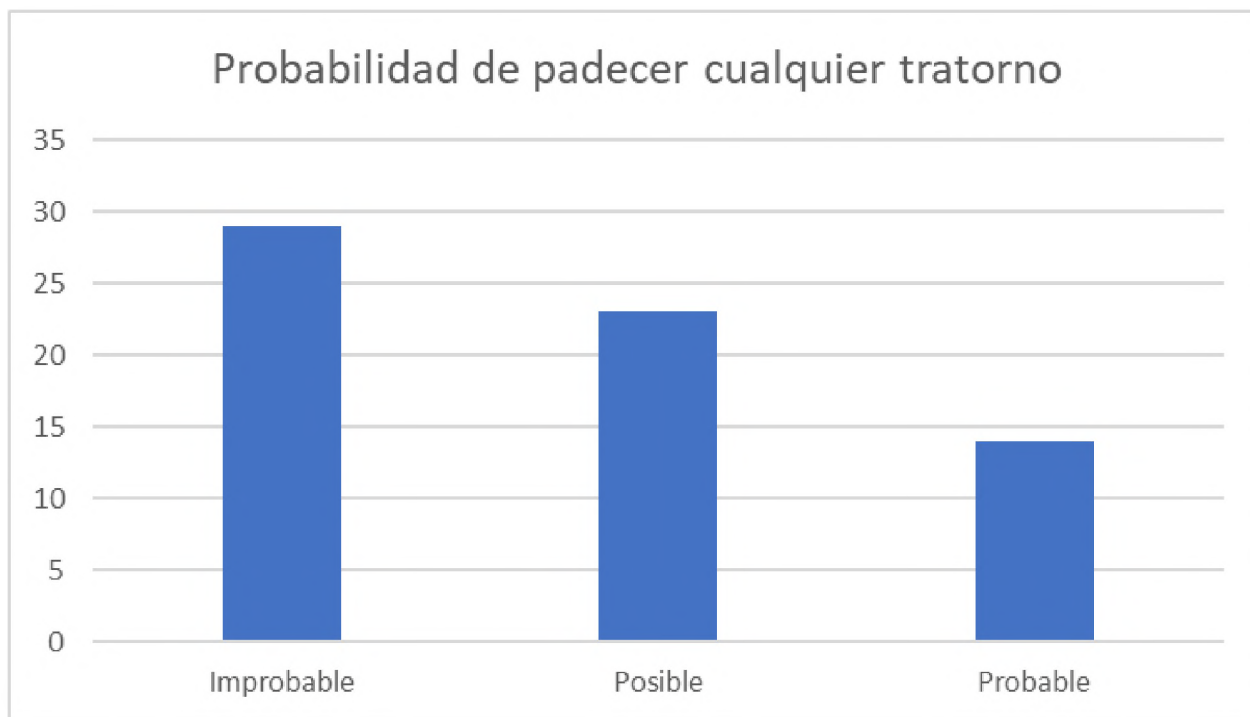
En cuanto al cuestionario de capacidades y dificultades, la probabilidad de sufrir de un trastorno de hiperactividad en la muestra de 66 estudiantes es improbable en el 89.39%, posible en el 7.58% de los casos y probable en el 3%.

Tabla 28. Cuestionario de capacidades y dificultades.

Probabilidad de cualquier trastorno	n= 66	%
Improbable	29	43.94
Posible	23	34.85
Probable	14	21.21

Fuente: Cuestionario de Capacidades y Dificultades

Gráfico 28. Cuestionario de capacidades y dificultades.



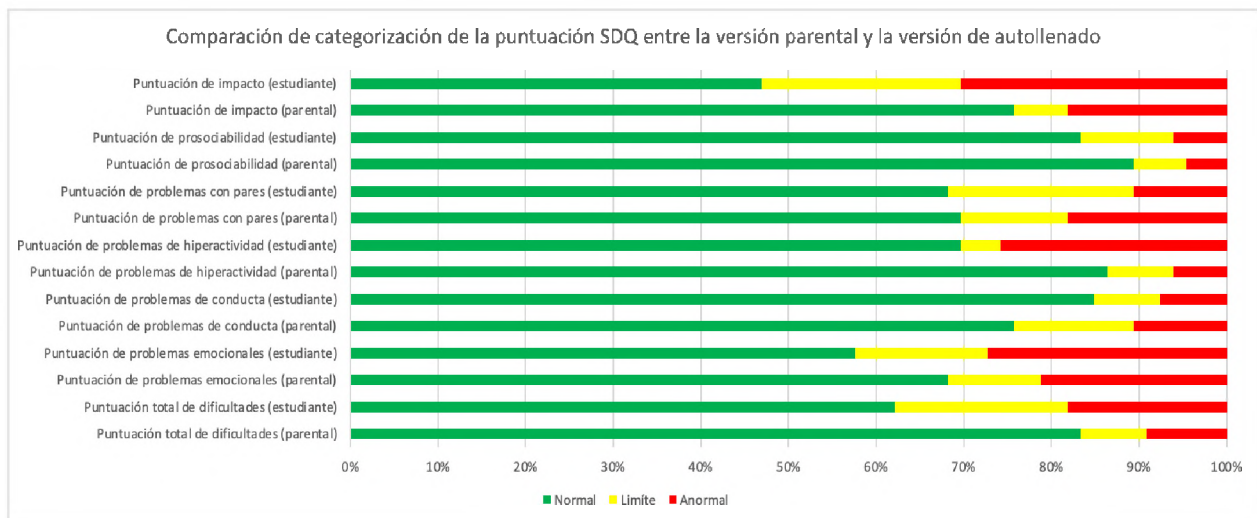
En cuanto al cuestionario de capacidades y dificultades, la probabilidad de sufrir cualquier trastorno en la muestra de 66 estudiantes es improbable en el 43.94%, posible en el 34.85% de los casos y probable en el 21.21%.

Tabla 29. Cuestionario de capacidades y dificultades.

Comparación de categorización de puntuación SDQ entre la versión parental y la versión autollenado	Normal	Límite	Anorma l
Puntuación total de dificultades (parental)	55	5	6
Puntuación total de dificultades (estudiante)	41	13	12
Puntuación de problemas emocionales (parental)	45	7	14
Puntuación de problemas emocionales (estudiante)	38	10	18
Puntuación de problemas de conducta (parental)	50	9	7
Puntuación de problemas de conducta (estudiante)	56	5	5
Puntuación de problemas de hiperactividad (parental)	57	5	4
Puntuación de problemas de hiperactividad (estudiante)	46	3	17
Puntuación de problemas con pares (parental)	46	8	12
Puntuación de problemas con pares (estudiante)	45	14	7
Puntuación de prosocialidad (parental)	59	4	3
Puntuación de prosocialidad (estudiante)	55	7	4
Puntuación de impacto (parental)	50	4	12
Puntuación de impacto (estudiante)	31	15	20

Fuente: Cuestionario de Capacidades y Dificultades

Gráfico 29. Cuestionario de capacidades y dificultades.



En cuanto al cuestionario de capacidades y dificultades, la puntuación total de dificultades ha sido en la versión parental, normal en 55 niños, límite en 5 y anormal en 6, mientras que en la versión de autollenado los estudiante, se clasificaron como normal 41 de ellos, limite 13 y anormal 12. La puntuación de los problemas emocionales en la versión parental fue de 45 para normal, 7 para límite y 14 para anormal, sin embargo en la versión de autollenado tuvieron una puntuación normal 38, límite 10 y anormal 18. En la puntuación de problemas de conducta en su versión parental, fue normal para 50, límite para 9 y anormal para 7. Para los problemas de conducta versión de autollenado tuvieron una puntuación normal 56, límite 5 y anormal 5. En la puntuación de problemas de hiperactividad en la versión parental 57 fueron normal, 5 límites y 4 anormal, mientras que, para la versión de autollenado, la puntuación fue normal para 46, límite para 3 y anormal para 17. En los problemas con pares, la puntuación fue en la versión parental de 46 normal, 8 límite y 12 anormal, para la versión de autollenado fue normal en 45, límite en 14 y anormal en 7. En la puntuación de prosocialidad, en la versión parental fue normal en 59, límite en 4 y anormal en 3, mientras que en la versión de autollenado fue normal en 55, límite en 7 y anormal en 4. En la puntuación de impacto, en la versión parental fue normal en 50, límite en 4 y anormal en 12, para la versión de autollenado fue normal en 31, límite en 15 y anormal en 20.

Tabla 30. Resultados del cribado en función del antecedente de consulta de psicología.

A. Antecedente de consulta de psicología x Probabilidad de padecer un trastorno emocional		
Grupo según probabilidad	Presenta antecedente, N	No presenta antecedente, N
Improbable	9	30
Posible	5	10
Probable	8	4
B. Antecedente de consulta de psicología x Probabilidad de padecer un trastorno de conducta		
Grupo según probabilidad	Presenta antecedente, N	No presenta antecedente, N
Improbable	15	39
Posible	6	5
Probable	1	0
C. Antecedente de consulta de psicología x Probabilidad de padecer un trastorno de hiperactividad		
Grupo según probabilidad	Presenta antecedente, N	No presenta antecedente, N
Improbable	20	39
Posible	1	4
Probable	1	1
D. Antecedente de consulta de psicología x Probabilidad de padecer cualquier trastorno		
Grupo según probabilidad	Presenta antecedente, N	No presenta antecedente, N
Improbable	6	23
Posible	7	16
Probable	9	5

Al estudiar los resultados del cribado en función del antecedente de consulta de psicología, se observa que, entre quienes es improbable padecer un trastorno emocional, el 23.07% tiene un antecedente de consulta de psicología, mientras que entre los cuales es posible es de 33.33% y en quienes es probable es de 66.66%. Haciendo la misma descripción aplicada a los trastornos de conducta, se observa un 27.77% en quienes es improbable, 54.54% en quienes es posible y 100% (n=1) entre quien es probable. Para los trastornos de hiperactividad, entre quienes es improbable es de 33.89%, 20% (n=1) entre quienes es posible y 50% entre quienes es probable. Y cuando se trata de la probabilidad de cualquier trastorno, el 20.68% en quienes es improbable cualquier trastorno presentan un antecedente de consulta, 30.43% en quienes es posible y 64.29% en quienes es probable.

Tabla 31. Resultados del cribado en función del sexo.

A. Sexo x Probabilidad de padecer un trastorno emocional		
Grupo según probabilidad	Femenina, N	Masculino, N
Improbable	19	20
Posible	12	3
Probable	11	1
B. Sexo x Probabilidad de padecer un trastorno de conducta		
Grupo según probabilidad	Femenina, N	Masculino, N
Improbable	31	23
Posible	10	1
Probable	1	0
C. Sexo x Probabilidad de padecer un trastorno de hiperactividad		
Grupo según probabilidad	Femenina, N	Masculino, N
Improbable	36	23
Posible	4	1
Probable	2	0
D. Sexo x Probabilidad de padecer cualquier trastorno		
Grupo según probabilidad	Femenina, N	Masculino, N
Improbable	11	18
Posible	18	5
Probable	13	1

Los resultados del cribado en función del sexo del estudiante indican que entre quienes es improbable padecer un trastorno emocional, el 48.71% es de sexo femenino, 80.00% en quienes es posible y en quienes es probable es de 91.66%. En cuanto a los trastornos de conducta, en quienes es improbable el 57.41% son femeninas, 90.90% (n=10) en quienes es posible y 100% (n=1) entre quien es probable. Para los trastornos de hiperactividad, entre quienes es improbable el 61.01% son de sexo femenino, 80% (n=4) entre quienes es posible y 100% (n=2) entre quienes es probable. Y cuando se trata de la probabilidad de cualquier trastorno, el 37.93% en quienes es improbable

cualquier trastorno son femeninas, 78.26% (n=18) en quienes es posible y 92.85% (n=13) en quienes es probable.

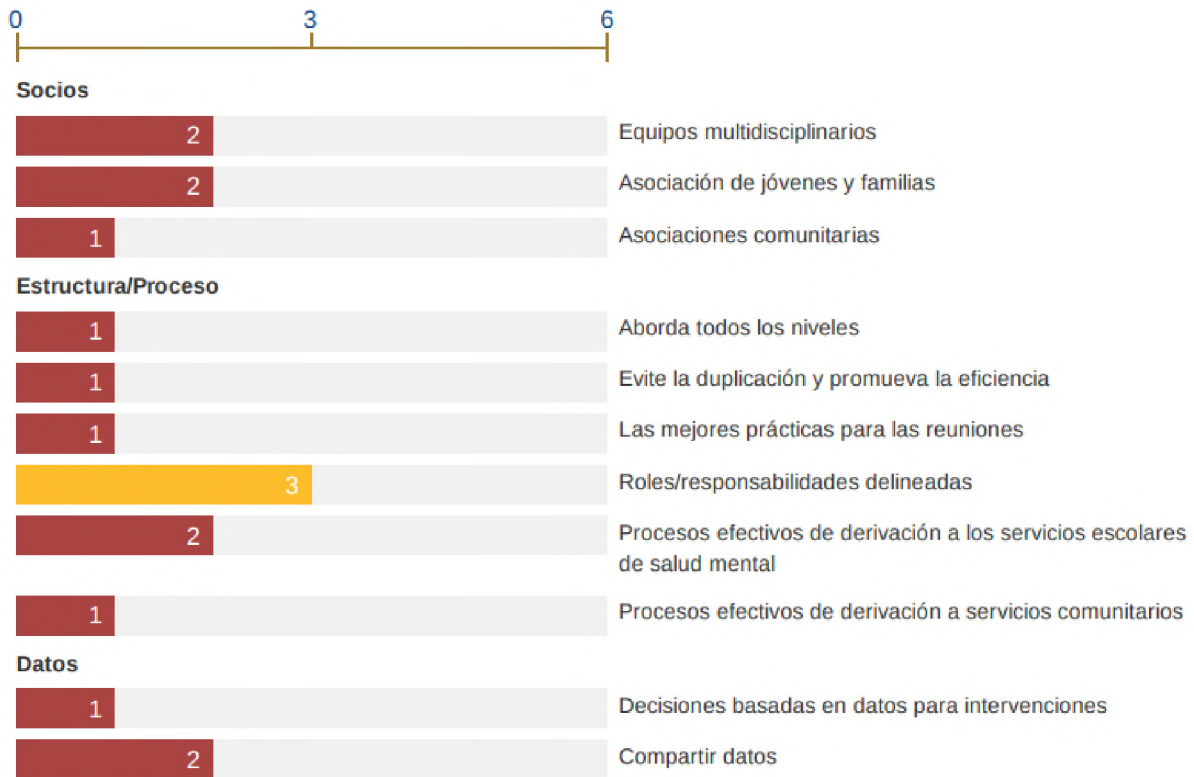
Tabla 32. Resultados del cribado en función de la convivencia con ambos padres.

A. Vivir con ambos padres x Probabilidad de padecer un trastorno emocional		
Grupo según probabilidad	Vive con ambos padres, N	No vive con ambos padres, N
Improbable	24	15
Posible	10	5
Probable	5	7
B. Vivir con ambos padres x Probabilidad de padecer un trastorno de conducta		
Grupo según probabilidad	Vive con ambos padres, N	No vive con ambos padres, N
Improbable	33	21
Posible	5	6
Probable	1	0
C. Vivir con ambos padres x Probabilidad de padecer un trastorno de hiperactividad		
Grupo según probabilidad	Vive con ambos padres, N	No vive con ambos padres, N
Improbable	34	25
Posible	3	2
Probable	2	0
D. Vivir con ambos padres x Probabilidad de padecer cualquier trastorno		
Grupo según probabilidad	Vive con ambos padres, N	No vive con ambos padres, N
Improbable	17	12
Posible	15	8
Probable	7	7

El 61.53% de los estudiantes en quienes es improbable padecer un trastorno emocional viven con ambos padres, el 66.66% entre quienes es posible y el 41.66% en quienes es probable. En cuanto a los trastornos de conducta, en quienes es improbable el 61.11%

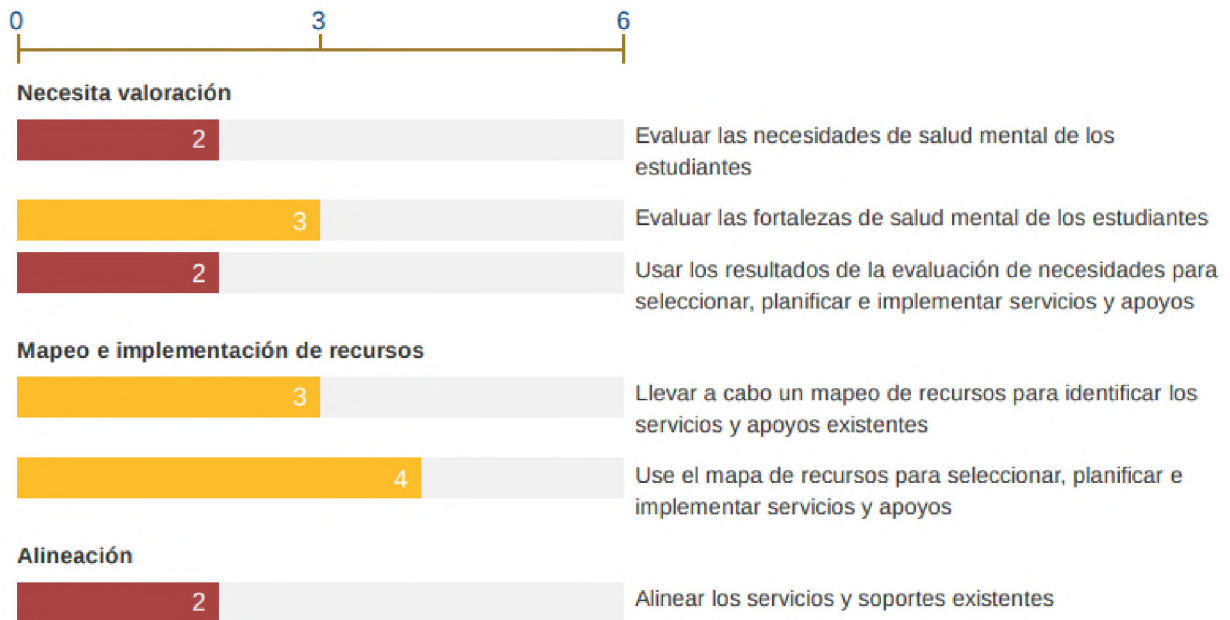
viven con ambos padres, el 45.45% en quienes es posible y 100% (n=1) entre quien es probable. Para los trastornos de hiperactividad, entre quienes es improbable el 57.62% vive con ambos padres, el 60% (n=3) entre quienes es posible y 100% (n=2) entre quienes es probable. Y cuando se trata de la probabilidad de cualquier trastorno, el 58.62% en quienes es improbable cualquier viven con ambos padres, 65.21% en quienes es posible y 50% en quienes es probable.

Gráfica 30. Resultado del componente de Trabajo en equipo del SHAPE.



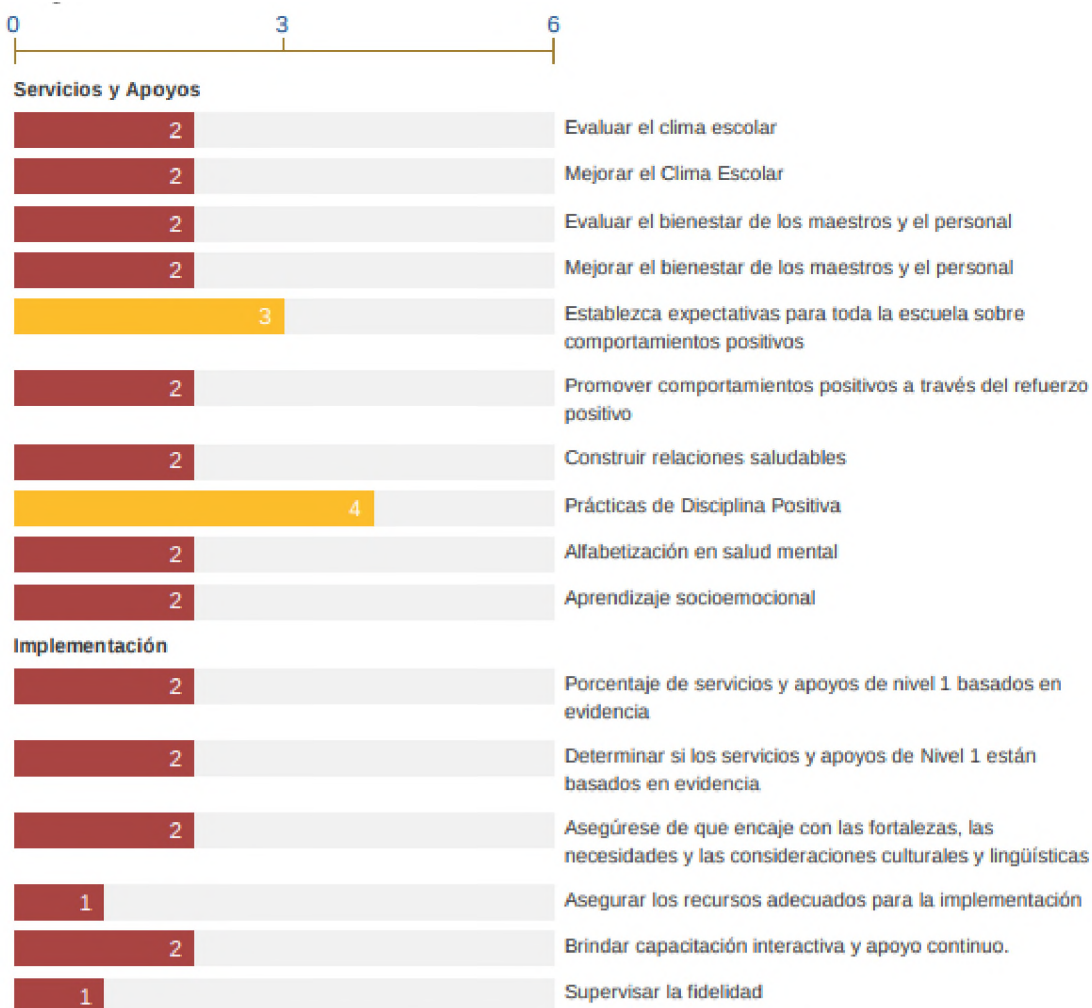
En cuanto a la Gráfica 30 del cuestionario SHAPE de Trabajo en Equipo, los equipos multidisciplinarios, asociación de jóvenes y familia, procesos efectivos de derivación a los servicios escolares de salud mental y compartir datos obtuvieron un puntuación de 2 puntos sobre 6, mientras que para los roles/responsabilidades delineadas tienen una puntuación de 3. Asociaciones comunitarias, aborda todos los niveles, Evite la duplicación y promueva la eficiencia, las mejores prácticas para las reuniones, los procesos efectivos de derivación a los servicios comunitarios y las decisiones basadas en datos para intervenciones obtuvieron cada una una puntuación de 1 punto sobre 6.

Gráfica 31. Resultado del componente de Evaluación de necesidades/mapeo de recursos del SHAPE.



En cuanto a la Gráfica 31 del cuestionario SHAPE de Evaluación de necesidades/mapeo de recursos, obtuvieron una puntuación de 2 sobre 6 puntos el evaluar las necesidades de salud mental de los estudiantes, usar los resultados de la evaluación de necesidades para seleccionar, planificar e implementar servicios y apoyos y el alinear los servicios y soportes existentes. Obtuvieron una puntuación de 3 sobre 6 el evaluar las fortalezas de salud mental de los estudiantes y llevar a cabo un mapeo de recursos para identificar los servicios y apoyos existentes, mientras que obtuvieron una puntuación de 4 sobre 6 el uso de mapa de recursos para seleccionar, planificar e implementar servicios y apoyos.

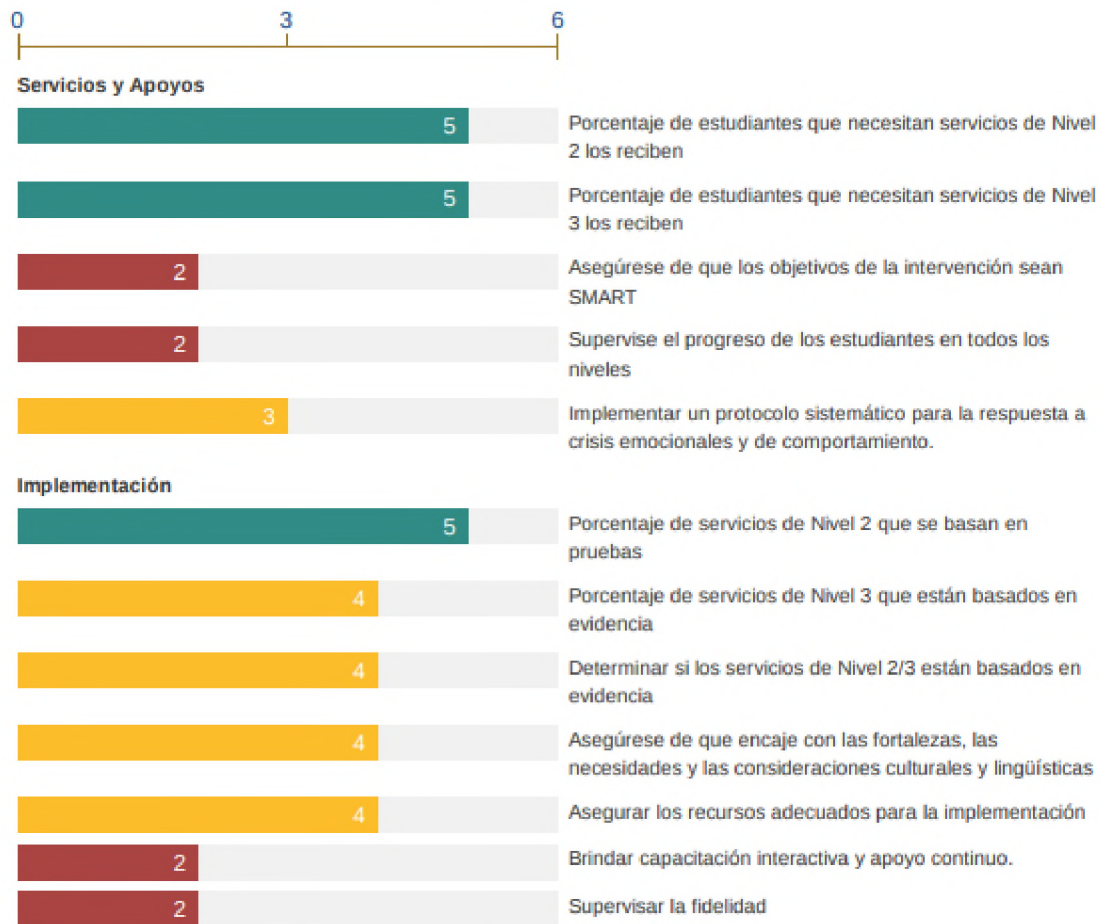
Gráfica 32. Resultado del componente de Servicios y apoyos para la promoción de la salud mental del SHAPE.



En cuanto a la Gráfica 32 del cuestionario SHAPE de Servicios y apoyos para la promoción de la salud mental, obtuvieron una puntuación de dos puntos sobre seis el evaluar el clima escolar, mejorar el clima escolar, evaluar el bienestar de los maestros y personal, mejorar el bienestar de los maestros y personal, promover comportamientos positivos a través del refuerzo positivo, construir relaciones saludables, alfabetización de la salud mental, aprendizaje socioemocional, porcentaje de servicios y apoyos de nivel 1 basados en evidencias, determinar si los servicios y apoyos de nivel 1 están basados en evidencia, asegurarse de que encaje con las fortalezas, las necesidades, y las consideraciones culturales y lingüísticas y brindar capacitación interactiva y apoyo

continuo. Obtuvieron una puntuación de un punto el asegurar los recursos adecuados para la implementación y supervisar la fidelidad, mientras que obtuvieron tres puntos el establecer expectativas para toda la escuela sobre comportamientos positivos. Las prácticas de disciplinas positivas tuvieron cuatro puntos.

Gráfica 33. Resultado del componente de Servicios y apoyos de tratamiento e intervención temprana del SHAPE.



En cuanto a la Gráfica 33 del cuestionario SHAPE de Servicios y apoyos de tratamiento e intervención temprana, obtuvieron una puntuación de cuatro puntos porcentaje de servicios de nivel 3 que están basados en evidencia, determinar si los servicios de nivel 2/3 están basados en evidencia, asegúrese de que encaje con las fortalezas, las necesidades y las consideraciones culturales y lingüísticas, y asegurar los recursos adecuados para la implementación. Obtuvieron dos puntos: asegúrese que los objetivos de intervención sean *smart*, supervise el progreso de los estudiantes en todos los niveles, brindar capacitación interactiva y apoyo continuo, supervisar la fidelidad y usar las mejores prácticas para la detección, planificación e implementación de la salud mental. Obtuvieron 3 puntos en implementar un protocolo sistemático para la respuesta

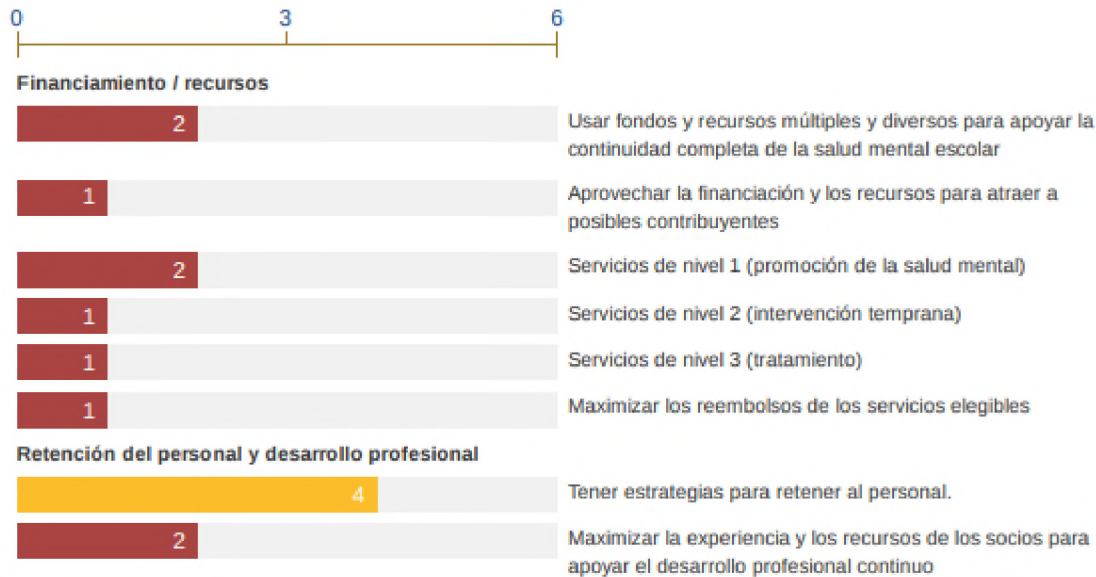
a crisis emocionales y de comportamiento, y fueron 5 puntos para porcentajes de servicios de nivel 2 que se basa en pruebas.

Gráfica 34. Resultado del componente de Screening del SHAPE.



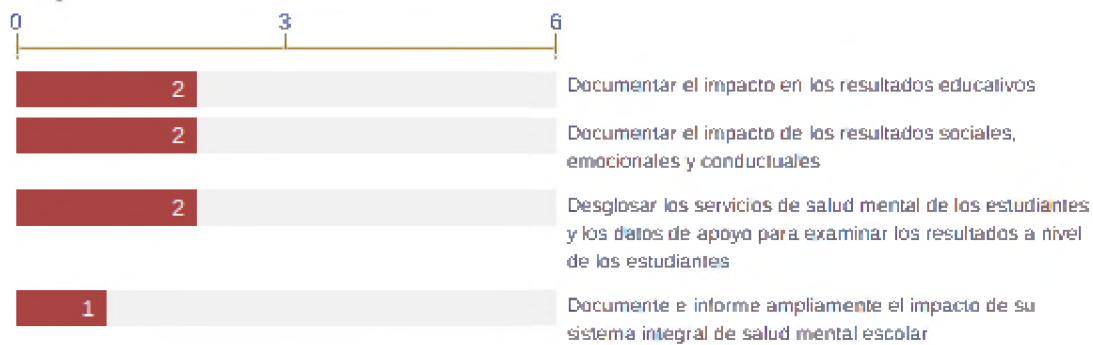
En cuanto a la Gráfica 34 del cuestionario SHAPE de Screening, obtuvieron una puntuación de dos puntos sobre seis al usar las mejores prácticas para la detección, planificación e implementación de la salud mental.

Gráfica 35. Resultado del componente de Financiamiento y sostenibilidad del SHAPE.



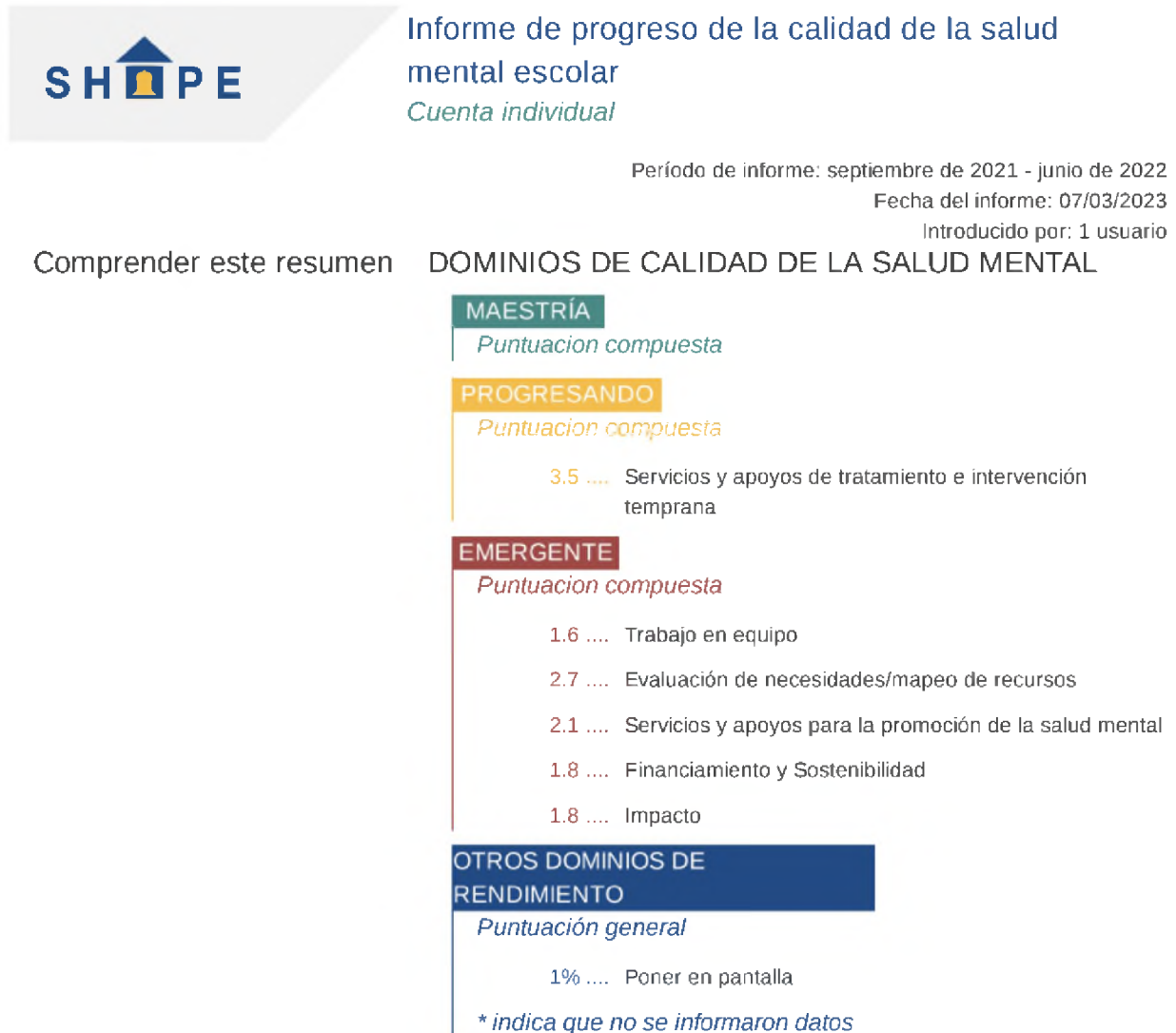
En cuanto a la Gráfica 35 del cuestionario SHAPE de Financiamiento y Sostenibilidad, obtuvieron un punto sobre seis para: Aprovechar la financiación y los recursos para atraer a posibles contribuyentes, servicios de nivel 2, servicios de nivel 3 y maximizar los reembolsos de los servicios elegibles. Fueron dos puntos en usar fondos y recursos múltiples y diversos para apoyar la continuidad completa de la salud mental escolar, servicios de nivel 1, y maximizar la experiencia y los recursos de los socios para apoyar el desarrollo profesional continuo. Tener estrategias para retener el personal obtuvo 4 puntos.

Gráfica 36. Resultado del componente de Impacto del SHAPE.



En cuanto a la Gráfica 36 del cuestionario SHAPE de Impacto, obtuvieron dos puntos de seis: documentar el impacto en los resultados educativos, documentar el impacto de los resultados sociales, emocionales y conductuales y desglosar los servicios de salud mental de los estudiantes y los datos de apoyo para examinar los resultados a nivel de los estudiantes. Mientras que obtuvo un punto el documento e informe ampliamente el impacto de su sistema integral de salud mental escolar.

Gráfico 37. Informe de progreso de la calidad de la salud mental escolar del SHAPE.



Según el informe de progreso de la calidad de la salud mental escolar basado en los resultados obtenidos, se obtiene el siguiente informe, el cual nos indica que la mayor parte de los indicadores analizados ha obtenido la clasificación de “Emergente”, a excepción de los Servicios y apoyo de tratamiento e intervención temprana la cual ha obtenido una clasificación de “Progresando”.

Tabla #40 – Características de la comunidad y su influencia en las puntuaciones del SD

Variables	Tamaño de muestra (N)	n	%	ConductaP	Conducta E	HiperP	HiperE	EmociónP	Emoción	ParesP	ParesE	ProsocP	ProsocE	TotalP	TotalE	ExtP	ExtE	IntP	IntE
Informante	66																		
Madre		56	84.85																
Padre		7	10.61	H = 2,7448, df = 3, p= 0.4327	H = 0.9466, df = 3, p= 0.8142	H = 2,7835, df = 3, p= 0.4262	H = 1,0069, df = 3, p= 0.7996	H = 1,1347, df = 3, p= 0.7687	H = 2,1821, df = 3, p= 0.5355	H = 6,1636, df = 3, p= 0.1039	H = 2,9866, df = 3, p= 0.3937	H = 2,0639, df = 3, p= 0.5592	H = 3,3433, df = 3, p= 0.3417	H = 2,6425, df = 3, p= 0.4501	H = 2,4553, df = 3, p= 0.4634	H = 3,8115, df = 3, p= 0.2825	H = 0,7166, df = 3, p= 0.8693	H = 3,4666, df = 3, p= 0.3251	H = 3,2725, df = 3, p= 0.3515
Tutor legal		2	3.03																
Padrastra		1	1.52																
Madrastra		0	0.00																
Edad	66	15.43 ±1.59		r= -0.004, p=0.979	r= -0.27, p=0.03*	r= -0.22, p=0.08	r= -0.16, p=0.203	r= -0.09, p=0.451	r= -0.17, p=0.167	r= -0.09, p= 0.459	r= -0.28, p= 0.019*	r= -0.15, p= 0.235	r= -0.16, p= 0.177	r= -0.20, p= 0.114	r= -0.32, p= 0.008**	r= -0.14, p= 0.264	r= -0.25, p= 0.043*	r= -0.11, p= 0.361	r= -0.25, p= 0.041*
Sexo	66																		
Femenino		42	63.64	W = 488.5, p= 0.8326	W = 590.5, p= 0.241	W = 460.5, p= 0.5612	W = 532.5, p= 0.7066	W = 715, p= 0.004**	W = 778.5, p= 0.0002**	W = 605, p= 0.1714	W = 692.5, p= 0.01073*	W = 643, p= 0.0591	W = 578.5, p= 0.3156	W = 582.5, p= 0.2974	W = 717.5, p= 0.004472*	W = 455.5, p= 0.5194	W = 573.5, p= 0.3551	W = 705, p= 0.007145*	W = 773, p= 0.0003**
Masculino		24	36.36																
Provincia de residencia	66																		
Distrito Nacional		32	49.23																
Santo Domingo Oeste		22	33.85																
Santo Domingo Norte		7	10.77	H = 2,236, df = 5, p= 0.8156	H = 6,0662, df = 5, p= 0.2998	H = 2,499, df = 5, p= 0.7766	H = 1,0651, df = 5, p= 0.9571	H = 2,7133, df = 5, p= 0.7441	H = 6,0575, df = 5, p= 0.3007	H = 3,4827, df = 5, p= 0.626	H = 1,5726, df = 5, p= 0.9045	H = 5,9523, df = 5, p= 0.3109	H = 4,7364, df = 5, p= 0.4489	H = 0,72277, df = 5, p= 0.9817	H = 3,7239, df = 5, p= 0.5898	H = 1,4965, df = 5, p= 0.9135	H = 3,5585, df = 5, p= 0.6146	H = 0,93794, df = 5, p= 0.9674	H = 4,8305, df = 5, p= 0.4369
No sabe		2	3.08																
No responde		2	3.08																
Santo Domingo Este		0	0.00																
Barrio del Distrito Nacional	n=32																		
No responde			37.50																
Los Jardines		12	31.25																
Jardín Botánico			9.38																
Los Prados		10	6.25																
Miramar		3	3.13	H = 11,673, df = 8, p= 0.1664	H = 12,406, df = 8, p= 0.134	H = 13,343, df = 8, p= 0.1006	H = 4,9336, df = 8, p= 0.7647	H = 9,9508, df = 8, p= 0.2685	H = 6,3004, df = 8, p= 0.6136	H = 11,114, df = 8, p= 0.1953	H = 6,8316, df = 8, p= 0.5549	H = 11,459, df = 8, p= 0.177	H = 7,8244, df = 8, p= 0.4508	H = 17,024, df = 8, p= 0.02986*	H = 8,8441, df = 8, p= 0.3556	H = 15,47, df = 8, p= 0.05063	H = 8,0934, df = 8, p= 0.4244	H = 13,677, df = 8, p= 0.09059	H = 7,4556, df = 8, p= 0.4884
Honduras		2	3.13																
Cacique		1	3.13																
Plantini		1	3.13																
Bella Vista		1	3.13																
No sabe		1	0.00																
		1																	

Tabla #40 – Características de la comunidad y su influencia en las puntuaciones del SDQ-Cas (continuación)

Variables	Tamaño de muestra (N)	n	%	ConductaP	Conducta E	HiperP	HiperE	EmociónP	Emoción	ParesP	ParesE	ProsocP	ProsocE	TotalP	TotalE	ExtP	ExtE	IntP	IntE
Curso académico	66																		
Primero		5	7.58																
Segundo		15	22.73																
Tercero		11	16.67	H = 4.022, df = 5, p= 0.5463	H = 12.634, df = 5, p= 0.02706*	H = 7.3842, df = 5, p= 0.1936	H = 5.335, df = 5, p= 0.3764	H = 3.7877, df = 5, p= 0.5804	H = 4.9646, df = 5, p= 0.4202	H = 4.6532, df = 5, p= 0.4597	H = 11.624, df = 5, p= 0.04033*	H = 2.7726, df = 5, p= 0.735	H = 4.4912, df = 5, p= 0.4811	H = 6.548, df = 5, p= 0.2565	H = 13.452, df = 5, p= 0.01949*	H = 5.7329, df = 5, p= 0.3331	H = 10.054, df = 5, p= 0.07371	H = 4.7343, df = 5, p= 0.4492	H = 8.78, df = 5, p= 0.1182
Cuarto		13	19.70																
Quinto		14	21.21																
Sexto		8	12.12																
Etnia	66																		
Mulato/a		41	62.12																
Blanco/a		13	19.70																
Otro/a		7	10.61	H = 7.2132, df = 4, p= 0.125	H = 3.4354, df = 4, p= 0.4878	H = 1.8196, df = 4, p= 0.7689	H = 0.45441, df = 4, p= 0.9778	H = 2.8268, df = 4, p= 0.5872	H = 6.9666, df = 4, p= 0.1377	H = 3.1112, df = 4, p= 0.5394	H = 3.5951, df = 4, p= 0.4636	H = 5.1654, df = 4, p= 0.2707	H = 3.2777, df = 4, p= 0.5125	H = 4.6169, df = 4, p= 0.3289	H = 4.2624, df = 4, p= 0.3717	H = 4.2676, df = 4, p= 0.371	H = 1.2248, df = 4, p= 0.874	H = 4.0074, df = 4, p= 0.405	H = 6.302, df = 4, p= 0.1777
No responde		3	4.55																
Negro/a		2	3.03																
No sabe		0	0.00																
Religión	66																		
Catolicismo		31	46.97																
Evangelismo		11	16.67																
No responde		11	16.67																
Otra		9	13.64																
Pentecostalismo		2	3.03																
Agnosticismo		1	1.52	H = 9.9534, df = 6, p= 0.1266	H = 2.3557, df = 6, p= 0.8843	H = 6.39, df = 6, p= 0.381	H = 5.0578, df = 6, p= 0.5384	H = 6.4168, df = 6, p= 0.3782	H = 5.2272, df = 6, p= 0.515	H = 6.1349, df = 6, p= 0.4083	H = 2.2474, df = 6, p= 0.8956	H = 6.9162, df = 6, p= 0.3287	H = 10.89, df = 6, p= 0.09182	H = 7.9247, df = 6, p= 0.2437	H = 2.8593, df = 6, p= 0.8263	H = 10.105, df = 6, p= 0.1203	H = 2.8235, df = 6, p= 0.8306	H = 4.3394, df = 6, p= 0.6308	H = 4.4567, df = 6, p= 0.6151
No sabe		1	1.52																
Adventismo		0	0.00																
Ateísmo		0	0.00																

Tabla #40 – Características de la comunidad y su influencia en las puntuaciones del SDQ-Cas (continuación)

Variables	Tamaño de muestra (N)	n	%	ConductaP	Conducta E	HiperP	HiperE	EmociónP	Emoción	ParesP	ParesE	ProsocP	ProsocE	TotalP	TotalE	ExtP	ExtE	IntP	IntE
Ingreso familiar mensual																			
	66																		
Menos de 15,000 pesos		0	0.00																
15,000 - 30,000 pesos		2	3.03																
30,000 - 50,000 pesos		4	6.06																
50,000 - 75,000 pesos		12	18.18	H = 2.8293, df = 5, p= 0.7263	H = 13.04, df = 5, p= 0.02301*	H = 3.7597, df = 5, p= 0.5845	H = 7.2982, df = 5, p= 0.1994	H = 2.9579, df = 5, p= 0.7065	H = 10.278, df = 5, p= 0.06774	H = 0.19194, df = 5, p= 0.9992	H = 4.6513, df = 5, p= 0.4599	H = 1.0832, df = 5, p= 0.9556	H = 0.59625, df = 5, p= 0.9882	H = 3.507, df = 5, p= 0.6223	H = 12.309, df = 5, p= 0.03079*	H = 3.7992, df = 5, p= 0.5787	H = 10.796, df = 5, p= 0.05557	H = 2.7874, df = 5, p= 0.7327	H = 9.3873, df = 5, p= 0.09458
75,000 - 100,000 pesos		20	30.30																
Más de 100,000 pesos		16	24.24																
No responde		12	18.18																
No sabe		0	0.00																
Posición entre hermanos																			
	66																		
Único		8	12.12																
Primero		22	33.33	H = 12.735, df = 3, p= 0.005246**	H = 1.5445, df = 3, p= 0.672	H = 6.2615, df = 3, p= 0.09956	H = 4.382, df = 3, p= 0.2231	H = 7.257, df = 3, p= 0.06414	H = 1.5891, df = 3, p= 0.6619	H = 6.4103, df = 3, p= 0.09327	H = 2.0416, df = 3, p= 0.5638	H = 7.5603, df = 3, p= 0.05603	H = 3.7748, df = 3, p= 0.2868	H = 5.7779, df = 3, p= 0.1229	H = 1.9383, df = 3, p= 0.5853	H = 9.2151, df = 3, p= 0.02656*	H = 2.4559, df = 3, p= 0.4833	H = 9.1191, df = 3, p= 0.02775*	H = 3.3108, df = 3, p= 0.3461
Medio		13	19.70																
Último		23	34.85																
¿Vive con ambos padres?																			
	n=67																		
Si		59	89.00	W = 719.5, p= 0.007949**	W = 535, p= 0.915	W = 687, p= 0.03438*	W = 552, p= 0.7423	W = 580, p= 0.4826	W = 491, p= 0.646	W = 678, p= 0.04435*	W = 541, p= 0.8525	W = 321.5, p= 0.006398*	W = 399, p= 0.09198	W = 708, p= 0.01798*	W = 512.5, p= 0.8601	W = 730.5, p= 0.007529*	W = 530, p= 0.9686	W = 640.5, p= 0.1363	W = 489, p= 0.6284
No		39	58.21																
		27																	
Tipo de unión																			
	n=39																		
Matrimonio		37	94.87	W = 53, p= 0.2664	W = 8.5, p= 0.06805	W = 16.5, p= 0.1903	W = 22.5, p= 0.3687	W = 32.5, p= 0.795	W = 22.5, p= 0.3691	W = 35.5, p= 0.9477	W = 15.5, p= 0.1726	W = 21, p= 0.3066	W = 28, p= 0.5791	W = 27, p= 0.5441	W = 6, p= 0.05175	W = 26.5, p= 0.5173	W = 12, p= 0.1169	W = 25.5, p= 0.4785	W = 16.5, p= 0.201
Unión libre		2	5.13																
Tipo de unión																			
	n=27																		
Divorciados		13	48.15																
Padre fallecido		2	7.41	H = 4.1007, df = 5, p= 0.535	H = 7.6805, df = 5, p= 0.1747	H = 2.6404, df = 5, p= 0.7552	H = 6.0326, df = 5, p= 0.3031	H = 7.3948, df = 5, p= 0.1929	H = 7.5617, df = 5, p= 0.1821	H = 4.5099, df = 5, p= 0.4786	H = 10.117, df = 5, p= 0.07198	H = 3.0927, df = 5, p= 0.6857	H = 4.4478, df = 5, p= 0.4869	H = 6.6804, df = 5, p= 0.2455	H = 8.47, df = 5, p= 0.1322	H = 3.2318, df = 5, p= 0.6643	H = 8.0208, df = 5, p= 0.1551	H = 6.4475, df = 5, p= 0.2651	H = 9.0264, df = 5, p= 0.108
Padrastro		4	14.81																
Madre fallecida		1	3.70																

Madrastra	0	0.00
Tutor	2	7.41
No responde	5	18.52

Tabla #40 – Características de la comunidad y su influencia en las puntuaciones del SDQ-Cas (continuación)

Variables	Tamaño de muestra (N)	n	%	ConductaP	Conducta E	HiperP	HiperE	EmociónP	Emoción	ParesP	ParesE	ProsocP	ProsocE	TotalP	TotalE	ExtP	ExtE	IntP	IntE
Tipo de vivienda	n=66																		
Casa		21	31.82	H = 7.1718, df = 2, p= 0.02771*	H = 1.2272, df = 2, p= 0.5414	H = 1.0885, df = 2, p= 0.5803	H = 1.8634, df = 2, p= 0.3939	H = 2.98, df = 2, p= 0.2254	H = 3.9946, df = 2, p= 0.1357	H = 2.7025, df = 2, p= 0.2589	H = 1.8093, df = 2, p= 0.4047	H = 5.1014, df = 2, p= 0.07803	H = 5.6338, df = 2, p= 0.05979	H = 3.5325, df = 2, p= 0.171	H = 3.0576, df = 2, p= 0.2168	H = 2.0722, df = 2, p= 0.3548	H = 2.4819, df = 2, p= 0.2891	H = 3.1559, df = 2, p= 0.2064	H = 4.0281, df = 2, p= 0.1334
Apartamento Residencial		39	59.09																
		6	9.09																
Índice de hacinamiento	n=66	1.27±0.36		r=-0.07, p=0.590	r=0.06, p=0.609	r=-0.13, p=0.301	r=0.09, p=0.467	r=-0.11, p=0.361	r=-0.01, p=0.912	r=-0.14, p=0.266	r=-0.10, p=0.430	r=-0.06, p=0.609	r=-0.13, p=0.282	r=-0.13, p=0.287	r=-0.001, p=0.989	r=-0.11, p=0.382	r=0.10, p=0.435	r=-0.15, p=0.216	r=-0.06, p=0.638
¿Su hijo/hija tiene habitación propia?	n=66	53																	
Si		13	80.30	W = 270.5, p= 0.2103	W = 380, p= 0.5638	W = 340.5, p= 0.9544	W = 430, p= 0.1669	W = 282, p= 0.3099	W = 294, p= 0.4173	W = 214.5, p= 0.03302*	W = 286, p= 0.3411	W = 427.5, p= 0.1739	W = 324.5, p= 0.7491	W = 269, p= 0.2255	W = 326.5, p= 0.7776	W = 314, p= 0.6262	W = 418, p= 0.2367	W = 234, p= 0.07425	W = 286.5, p= 0.3525
No			19.70																
Mascotas	n=66																		
Perros		31	46.97																
Gatos		4	6.06	H = 4.9841, df = 3, p= 0.173	H = 1.3161, df = 3, p= 0.7253	H = 3.3115, df = 3, p= 0.346	H = 3.5488, df = 3, p= 0.3145	H = 4.109, df = 3, p= 0.2499	H = 1.2964, df = 3, p= 0.73	H = 1.49, df = 3, p= 0.6846	H = 3.1673, df = 3, p= 0.3665	H = 3.3268, df = 3, p= 0.3439	H = 7.086, df = 3, p= 0.06921	H = 3.9736, df = 3, p= 0.2643	H = 0.86767, df = 3, p= 0.8332	H = 4.7067, df = 3, p= 0.1946	H = 2.1027, df = 3, p= 0.5514	H = 2.4034, df = 3, p= 0.493	H = 1.361, df = 3, p= 0.7147
Otros		1	45.45																
No tenemos mascotas		30	1.52																
IMC	n=66	21.39±4.59		r=0.06, p=0.620	r=0.02, p=0.863	r=0.02, p=0.864	r=-0.0009, p=0.995	r=-0.05, p=0.659	r=-0.04, p=0.704	r=-0.008, p=0.947	r=-0.01, p=0.919	r=-0.08, p=0.498	r=0.04, p=0.755	r=-0.008, p=0.950	r=-0.04, p=0.743	r=0.06, p=0.613	r=-0.01, p=0.914	r=-0.07, p=0.592	r=-0.05, p=0.696
Antecedente de consulta de psicología	n=65	22																	
Si		44	33.33	W = 326, p= 0.02351*	W = 416.5, p= 0.3512	W = 376.5, p= 0.14	W = 458.5, p= 0.7316	W = 240.5, p= 0.0007855 ***	W = 378.5, p= 0.1507	W = 301, p= 0.01126*	W = 319, p= 0.02272*	W = 609.5, p= 0.08216	W = 584.5, p= 0.1664	W = 255, p= 0.001838*	W = 366.5, p= 0.1111	W = 338, p= 0.04627*	W = 437.5, p= 0.5293	W = 227.5, p= 0.0004568 ***	W = 349.5, p= 0.06757
No			66.67																
Antecedente de consulta de psiquiatría	n=66	3	4.55																
Si		63	95.45	W = 127, p= 0.2977	W = 160, p= 0.04069*	W = 121.5, p= 0.4082	W = 124.5, p= 0.3597	W = 69, p= 0.4343	W = 108.5, p= 0.6758	W = 102.5, p= 0.8136	W = 82.5, p= 0.7185	W = 53, p= 0.1969	W = 72, p= 0.4908	W = 107.5, p= 0.6997	W = 123, p= 0.3881	W = 129, p= 0.2919	W = 133.5, p= 0.2334	W = 86.5, p= 0.8162	W = 103.5, p= 0.793
No																			

Antecedentes familiares de n=66

trastorno mental

Si	11	16.67	H = 2.6865, df = 3, p= 0.4425	H = 0.10589, df = 3, p= 0.9911	H = 5.3487, df = 3, p= 0.148	H = 0.72181, df = 3, p= 0.868	H = 3.9064, df = 3, p= 0.2718	H = 1.5728, df = 3, p= 0.6656	H = 2.3639, df = 3, p= 0.5004	H = 1.1135, df = 3, p= 0.7738	H = 3.4581, df = 3, p= 0.3262	H = 0.53547, df = 3, p= 0.911	H = 2.2623, df = 3, p= 0.5198	H = 0.2681, df = 3, p= 0.9659	H = 5.0871, df = 3, p= 0.1655	H = 0.49596, df = 3, p= 0.9198	H = 3.0258, df = 3, p= 0.3877	H = 1.2666, df = 3, p= 0.7371
No	52	78.79																
No sabe	2	3.03																
No responde	1	1.52																

Tabla #40 – Características de la comunidad y su influencia en las puntuaciones del SDQ-Cas (continuación)

Variables	Tamaño de muestra (N)	n	%	ConductaP	Conducta E	HiperP	HiperE	EmociónP	Emoción	ParesP	ParesE	ProsocP	ProsocE	TotalP	TotalE	ExtP	ExtE	IntP	IntE
Antecedente familiar de suicidio n=66																			
Si		3	4.55																
No		60	90.91	H = 1.6612, df = 3, p= 0.6456	H = 2.9989, df = 3, p= 0.3918	H = 3.0033, df = 3, p= 0.3911	H = 1.2104, df = 3, p= 0.7505	H = 2.4226, df = 3, p= 0.4694	H = 2.2902, df = 3, p= 0.5144	H = 2.818, df = 3, p= 0.4205	H = 0.35975, df = 3, p= 0.9484	H = 3.0911, df = 3, p= 0.3778	H = 7.9249, df = 3, p= 0.04759*	H = 3.3288, df = 3, p= 0.3437	H = 0.93003, df = 3, p= 0.8182	H = 2.7791, df = 3, p= 0.4269	H = 1.9956, df = 3, p= 0.5733	H = 2.5693, df = 3, p= 0.4629	H = 1.5097, df = 3, p= 0.68
No sabe		1	1.52																
No responde		2	3.03																
Antecedentes personales n=66																			
patológicos																			
Ninguno		9	12.86																
Asma		3	4.29																
Dengue		2	2.86																
Rinitis		1	1.43	H = 7.4925, df = 6, p= 0.2777	H = 3.7087, df = 6, p= 0.716	H = 4.7595, df = 6, p= 0.575	H = 5.4474, df = 6, p= 0.4678	H = 13.507, df = 6, p= 0.03566*	H = 7.9189, df = 6, p= 0.2441	H = 13.814, df = 6, p= 0.03178*	H = 5.9725, df = 6, p= 0.4263	H = 8.1482, df = 6, p= 0.2274	H = 7.608, df = 6, p= 0.2682	H = 11.512, df = 6, p= 0.07377	H = 7.593, df = 6, p= 0.2695	H = 4.217, df = 6, p= 0.6473	H = 5.1327, df = 6, p= 0.5269	H = 13.236, df = 6, p= 0.03943*	H = 8.5598, df = 6, p= 0.1999
Patología tiroidea sin especificar		1	1.43																
Patología adenoidea sin especificar		1	1.43																
Edema pulmonar																			
Convulsiones febriles																			
Promedio de primeros parciales (PP1)		90 ± 5		r = -0.01, p=0.926	r = 0.28, p= 0.025*	r = 0.22, p= 0.077	r = 0.13, p= 0.313	r = -0.18, p= 0.151	r = 0.17, p= 0.178	r = -0.31, p= 0.012*	r = -0.10, p= 0.409	r = 0.08, p= 0.504	r = 0.36, p= 0.003**	r = -0.23, p= 0.068	r = -0.03, p= 0.836	r = -0.31, p= 0.012*	r = -0.15, p= 0.222	r = 0.10, p= 0.432	r = 0.37, p= 0.002**
Promedio de segundos parciales (PP2)		88 ± 9		r = -0.12, p= 0.335	r = 0.09, p= 0.47	r = 0.31, p= 0.009**	r = 0.29, p= 0.016*	r = -0.28, p= 0.023*	r = 0.05, p= 0.692	r = -0.38, p= 0.0015**	r = -0.21, p= 0.095	r = -0.03, p= 0.802	r = 0.24, p= 0.052	r = -0.36, p= 0.003**	r = -0.11, p= 0.399	r = -0.34, p= 0.005**	r = -0.23, p= 0.060	r = 0.01, p= 0.931	r = 0.30, p= 0.015**
Promedio PP1+PP2		89 ± 7		r = -0.09, p= 0.478	r = 0.17, p= 0.177	r = 0.30, p= 0.013*	r = 0.24, p= 0.051	r = -0.25, p= 0.041*	r = 0.10, p= 0.436	r = -0.36, p= 0.003**	r = -0.17, p= 0.161	r = 0.01, p= 0.966	r = 0.29, p= 0.017*	r = -0.33, p= 0.006**	r = 0.08, p= 0.539	r = -0.33, p= 0.007**	r = -0.21, p= 0.087	r = 0.04, p= 0.748	r = 0.33, p= 0.007**

Diferencia PP1-PP2

-1.56 ± 5.46

r= -0.21 ,
p= 0.096

r= -0.12 ,
p= 0.336

r= 0.32 ,
p= 0.009**

r= 0.37 ,
p= 0.002**

r= -0.33 ,
p= 0.007**

r= -0.09 ,
p= 0.464

r= -0.34 ,
p= 0.006**

r= -0.25 ,
p= 0.040*

r= -0.21 ,
p= 0.094

r= 0.03 ,
p= 0.784

r= -0.40 ,
p= 0.0009***

r= -0.16 ,
p= 0.198

r= -0.25 ,
p= 0.039*

r= -0.23 ,
p= 0.067

r= -0.16 ,
p= 0.195

r= 0.11 ,
p= 0.371

ConductaP, subescala de problemas de la conducta versión parental del SDQ-Cas , ConductaE, subescala de problemas de la conducta versión de autollenado del SDQ-Cas, HiperP, subescala de hiperactividad/ falta de atención versión parental del SDQ-Cas, HiperE, subescala de hiperactividad / falta de atención versión de autollenado del SDQ-Cas, EmociónP, subescala de síntomas emocionales versión parental del SDQ-Cas, EmociónE, subescala de síntomas emocionales versión de autollenado del SDQ-Cas, ParesP, subescala de problemas de relaciones entre pares versión parental del SDQ-Cas, ParesE, subescala de problemas de relaciones entre pares versión de autollenado del SDQ-Cas, ProsocP, subescala de comportamiento social versión parental del SDQ-Cas, ProsocE, subescala de comportamiento social versión de autollenado del SDQ-Cas, TotalP, puntuación de dificultades totales versión parental del SDQ-Cas, TotalE, puntuación de dificultades totales versión de autollenado del SDQ-Cas, ExtE, resultados de exteriorización versión parental del SDQ-Cas, ExtE, resultados de exteriorización versión de autollenado del SDQ-Cas, IntP, resultados de interiorización versión parental del SDQ-Cas, IntP, resultados de interiorización versión parental del SDQ-Cas.

* p <0.05

** p <0.01

*** p <0.001

En la tabla 33 se pueden observar todos los resultados de las pruebas estadísticas Kruskal-Wallis, Mann Whitney y Spearman entre las características de la comunidad y las puntuaciones del SDQ. A continuación se describen los resultados para los que se obtuvo significancia estadística. Entre estos algunos hallazgos requirieron una prueba de Pairwise Wilcoxon Rank Sum Tests para determinar entre qué grupos son las diferencias.

Empezando por la edad, se obtuvieron correlaciones negativas débiles con las subescalas de problemas con pares versión de autollenado ($r=-0.28$, $p=0.019$), dificultades totales autollenado ($r=-0.32$, $p=0.008$), síntomas externalizantes autollenado ($r=-0.25$, $p=0.043$), síntomas internalizantes autollenado ($r=-0.25$, $p=0.041$) y síntomas conductuales autollenado ($r=-0.27$, $p=0.03$). Estas correlaciones negativas de la edad con cinco subescalas correspondientes a dificultades expresadas por los estudiantes sugieren que, en esta muestra, a menor edad hay puntuaciones más altas.

En cuanto al sexo, se encontraron diferencias significativas para las subescalas de problemas con pares autollenado ($W = 692.5$, $p=0.01073$), dificultades totales autollenado ($W = 717.5$, $p=0.004472$), síntomas internalizantes versión parental ($W = 705$, $p=0.007145$), síntomas internalizantes autollenado ($W = 773$, $p<0.001$), síntomas emocionales versión parental ($W = 715$, $p=0.004366$) y síntomas emocionales autollenado ($W=778.5$, $p<0.001$), obteniendo las femeninas puntuaciones significativamente más altas que los masculinos.

A pesar de haber encontrado diferencias significativas entre los cursos en las subescalas Speer ($H = 11.624$, $df = 5$, $p=0.04033$), Sebdtot ($H = 13.452$, $df = 5$, $p=0.01949$) y Sconduct ($H = 12.634$, $df = 5$, $p=0.02706$), mediante la prueba de Kruskal Wallis, al realizar la prueba Pairwise Wilcoxon Rank Sum Tests no se visualizaron diferencias entre los cursos.

Al valorar si hay diferencias en los resultados según el barrio del Distrito Nacional en el cual se viva, la prueba de Kruskal Wallis indicó una diferencia significativa entre los barrios para los resultados de la subescala de dificultades totales versión parental ($H=17.024$, $df = 8$, $p=0.02986$). Pero al realizar una prueba Pairwise Wilcoxon Rank Sum Tests no se identificó ninguna diferencia entre barrios.

Según el tipo de vivienda, hay una diferencia significativa en cuanto a la puntuación en la subescala de síntomas conductuales versión parental ($H = 7.1718$, $df = 2$, $p = 0.02771$). La prueba Pairwise Wilcoxon Rank Sum Tests confirma que existe una diferencia entre quienes viven en casas y quienes viven en apartamentos, teniendo estos últimos puntuaciones más altas. En caso de no tener una habitación propia y tener que compartir la habitación, estos estudiantes reportan puntuaciones menores en cuanto a problemas con pares ($W = 214.5$, $p = 0.03302$).

Hay diferencias significativas en las puntuaciones de las subescalas problemas con pares versión parental ($W = 678$, $p = 0.04435$), prosocialidad versión parental ($W = 321.5$, $p = 0.006398$), dificultades totales versión parental ($W = 708$, $p = 0.01798$), síntomas externalizantes versión parental ($W = 730.5$, $p = 0.007529$), síntomas conductuales versión parental ($W = 719.5$, $p = 0.007949$) y síntomas de hiperactividad versión parental ($W = 687$, $p = 0.03438$) entre los estudiantes que viven con ambos padres y aquellos que no, obteniendo estos últimos puntuaciones más altas que los que sí viven con ambos padres.

En relación al ingreso familiar mensual, la prueba de Kruskal Wallis sugirió diferencias en las subescalas de dificultades totales versión autollenado ($H = 12.309$, $df = 5$, $p = 0.03079$) y síntomas conductuales versión autollenado ($H = 13.04$, $df = 5$, $p = 0.02301$) según el nivel de ingreso. Pero al realizar la prueba Pairwise Wilcoxon Rank Sum Tests sólo se confirmó una diferencia significativa entre el grupo cuyos ingresos esta entre 50,000 - 75,000 pesos y el grupo de entre 75,000 - 100,000 pesos ($p = 0.033$), para los síntomas conductuales reportados por los estudiantes.

Aparentemente según la prueba de Kruskal Wallis hay diferencias significativas en las subescalas PExt ($H = 9.2151$, $df = 3$, $p = 0.02656$), PInt ($H = 9.1191$, $df = 3$, $p = 0.02775$) y PConduct ($H = 12.735$, $df = 3$, $p = 0.005246$), según la posición del estudiantes en relación a sus hermanos. Estos hallazgos no fueron ratificados mediante el Pairwise Wilcoxon Rank Sum Tests, siendo la diferencia entre los últimos hijos y los primeros, para los síntomas conductuales, la única interacción que casi alcanzó significancia estadística ($p = 0.051$).

En cuanto a los diferentes antecedentes, aquellos quienes han ido al psicólogo tienen puntuaciones más altas en las subescalas de problemas con pares versión parental ($W = 301$, $p = 0.01126$), problemas con pares versión autollenado ($W = 319$, $p = 0.02272$), dificultades totales versión parental ($W = 255$, $p = 0.001838$), síntomas externalizantes versión parental ($W = 338$, $p = 0.04627$), síntomas internalizantes versión parental ($W = 227.5$, $p < 0.001$), síntomas conductuales versión parental ($W = 326$, $p = 0.02351$) y síntomas emocionales versión parental ($W = 240.5$, $p < 0.001$).

Aquellos que han ido donde un psiquiatra tienen puntuaciones más altas en la subescala de síntomas conductuales versión de autollenado ($W = 160$, $p = 0.04069$) y aquellos con un antecedente familiar de suicidio tienen puntuaciones más bajas en la subescala de prosociabilidad versión autollenado ($H = 7.9249$, $df = 3$, $p = 0.04759$).

Según la prueba de Kruskal Wallis hay una diferencia significativa en cuanto a los antecedentes personales patológicos, en las subescalas de problemas con pares versión parental ($H = 13.814$, $df = 6$, $p = 0.03178$), síntomas internalizantes versión parental ($H = 13.236$, $df = 6$, $p = 0.03943$) y síntomas emocionales versión parental ($H = 13.507$, $df = 6$, $p = 0.03566$). De estos hallazgos, la prueba Pairwise Wilcoxon Rank Sum Tests sólo identificó una diferencia significativa entre quienes no tienen ningún antecedente y quienes padecen asma ($p = 0.032$), en cuanto a los síntomas internalizantes reportados por los padres.

En cuanto a indicadores de rendimiento académico, el primer indicador, el promedio de los primeros parciales, tuvo correlaciones positivas débiles con las puntuaciones de las subescalas de problemas con pares versión autollenado ($r = 0.28$, $p = 0.025$), síntomas internalizantes ($r = 0.36$, $p = 0.003$) y síntomas emocionales versión de autollenado ($r = 0.37$, $p = 0.002$), sugiriendo que a mejor rendimiento académico mayor puntuación en estas subescalas, mientras que con las subescalas de síntomas de hiperactividad versión parental y de síntomas externalizantes versión parental hubieron correlaciones negativas débiles ($r = -0.31$, $p = 0.012$, y $r = -0.31$, $p = 0.012$, respectivamente), sugiriendo que a peor rendimiento escolar más sintomatología en estas subescalas.

En cuanto al segundo indicador, el promedio de los segundos parciales, se obtienen correlaciones positivas débiles con las subescalas de prosocialidad versión parental ($r= 0.31$, $p= 0.009$) y versión autollenado ($r= 0.29$, $p= 0.016$) y síntomas emocionales versión de autollenado ($r= 0.30$, $p= 0.015$), mientras que se obtienen correlaciones negativas débiles con las subescalas de dificultades totales versión autollenado ($r= -0.28$, $p= 0.023$), síntomas externalizantes versión parental ($r=-0.38$, $p= 0.0015$), síntomas conductuales versión parental ($r= -0.36$, $p= 0.003$) y síntomas de hiperactividad versión parental ($r= -0.34$, $p= 0.005$).

Respecto al tercer indicador, el promedio de ambos promedios, se obtienen correlaciones positivas débiles con las subescalas de prosocialidad versión parental ($r= 0.30$, $p= 0.013$) y síntomas emocionales versión de autollenado ($r= 0.33$, $p= 0.007$), mientras que se obtienen correlaciones negativas débiles con las subescalas de dificultades totales versión autollenado ($r= -0.25$, $p= 0.041$), síntomas externalizantes v

Por último, utilizando como indicador la media de la diferencia entre el promedio de segundos parciales y el promedio de primeros parciales, con el fin de comparar el rendimiento escolar al momento del estudio con el rendimiento en el inicio del año escolar, se obtienen correlaciones positivas débiles con las subescalas de prosocialidad versión parental ($r= 0.32$, $p= 0.009$) y versión de autollenado ($r= 0.37$, $p= 0.002$), mientras que se obtienen correlaciones negativas débiles con las subescalas de dificultades totales versión autollenado ($r= -0.33$, $p= 0.007$), síntomas externalizantes versión parental ($r= -0.34$, $p= 0.006$) y versión de autollenado ($r= -0.25$, $p= 0.040$), síntomas conductuales versión parental ($r=-0.40$, $p <0.001$) y síntomas de hiperactividad versión parental ($r= -0.25$, $p= 0.039$).

VIII. Discusión

Nuestros resultados han podido establecer ciertas características importantes de la comunidad, empezando por las de los informantes, quienes en su mayoría fueron las madres (85%), y que en gran medida lograron cumplir con las exigencias tecnológicas implícitas al método de recolección empleado a través de RedCAP, ya que aproximadamente el 70% de quienes hicieron algún intento pudieron completar los cuatro cuestionarios solicitados.

En cuanto a las características de los estudiantes, hay una mayoría femenina (64%), las cuales tiene mayor sintomatología que los masculinos en las subescalas de problemas con pares autollenado, dificultades totales autollenado, síntomas internalizantes versión parental y autollenado, síntomas emocionales versión parental y autollenado, resultados similares a estudios anteriores (29). La edad media de la muestra es de 15.48 años de edad (SD= 1.58), y los cursos más representados son el segundo (23%) y el quinto (21%), y el que menos el primero, necesitando en futuros estudios una muestra más homogénea. No se hallaron diferencias en las puntuaciones entre cursos, pero si hay correlaciones negativas débiles de la edad con ciertas subescalas, todas de autollenado, lo cual puede ser debido a una mayor apertura de los más jóvenes a expresar sus dificultades en comparación a adolescentes mayores. Respecto a las características étnicas, hay una mayoría mulata (62.12%), seguido de la etnia blanca y una minoría negra (3%), entre las cuales no hay diferencias significativas, y en cuanto a la religión, en su mayoría ejercen la religión católica (47%), seguida de la evangélica (17%), datos similares a la media nacional (32), y entre las cuales tampoco hay diferencias en las puntuaciones.

En cuanto a la ubicación de la vivienda, la mayoría de las familias encuestadas residen en el Distrito Nacional (49%), seguido de Santo Domingo Oeste (34%). Entre quienes residen en el Distrito Nacional la mayoría no responde al preguntar el barrio de residencia (38%), siendo esta información la pregunta más evadida de todos los cuestionarios. Habiendo dicho esto, se encontró que el 31% reside en Los Jardines,

barrio en el cual se encuentra el colegio en cuestión, lo cual puede ser importante a la hora de formular programas y servicios con enfoque comunitario.

Además, la mayoría de las familias viven en apartamentos (59%), lo cual influye en una mayor puntuación de síntomas conductuales reportados por los padres, en comparación con quienes viven en casas, diferencia que ya ha sido encontrado en cuanto a la percepción de la calidad de vida de adolescentes (31), y que puede debido a un menor espacio en el hogar, característica que ya ha sido considerada de peor pronóstico en síntomas externalizantes durante la pandemia (32). No obstante los hogares en cuestión no presentan hacinamiento y hasta en el 80% de los casos los estudiantes cuentan con una habitación propia. Aquellos estudiantes que comparten su habitación tuvieron una puntuación menor en cuanto a problemas con pares, posiblemente por el desarrollo de habilidades de convivencia.

En relación a la familia, una parte importante no vive con ambos padres (41%), principalmente a causa de un divorcio (48%), lo cual influye significativamente en las puntuaciones reportadas por los padres, obteniendo este grupo mayores puntuaciones en las subescalas de problemas con los pares, dificultades totales, síntomas externalizantes, síntomas conductuales y síntomas de hiperactividad, como ha sido encontrado en otros estudios (33,34), y razón por la cual este es un grupo con mayor riesgo. Nos parece importante comentar que no hubo diferencias significativas en estas subescalas en las versiones de los estudiantes, lo cual nos plantea la pregunta de por qué en estas familias los padres reportan más síntomas pero los hijos no.

El ingreso familiar mensual más frecuente ha sido el de entre 75,000 y 100,000 pesos (30%) seguido de más de 100,000 pesos (24%) y el 18% prefiere no responder, lo cual indica que la mayor parte de las familias pueden costear la canasta básica de 43,531 pesos dominicanos (35), agregando que se encontró una diferencia significativa entre el grupo cuyos ingresos esta entre 50,000 - 75,000 pesos y el grupo de entre 75,000 - 100,000 pesos, teniendo este último grupo más síntomas conductuales reportados por los estudiantes.

La mayoría de informantes reportan que sus hijos no tienen antecedentes personales patológicos de relevancia (77%), pero hay una minoría afectada por asma

(14%), la cual tienen puntuaciones más elevadas en las subescala de síntomas internalizantes reportadas por los padres, lo cual sigue la línea de otros estudios que han encontrado que los niños con asma están en mayor riesgo de presentar problemas emocionales (36). El 33% de los estudiantes han ido a una consulta de psicología, teniendo estas puntuaciones más altas en numerosas subescalas, siendo está el antecedente estudiado con más influencias en la sintomatología. Lo cual sugiere que el conocimiento del antecedente de consulta de psicología es una información muy importante para la organización de intervenciones de salud mental en la escuela que no sean universales, y que requieran cierta estratificación o clasificación en base a riesgo, siguiendo la perspectiva de la medicina y psiquiatría de precisión. En cuanto al antecedente de consulta psiquiátrica, salvo para la subescala de síntomas conductuales versión de autollenado, donde si hay puntuaciones más altas en los que han presentan el antecedente, para la mayoría de subescalas no hay diferencias entre ambos grupos, siendo este antecedente menos relevante para estimar riesgo. El 17% de los casos tienen antecedentes familiares de enfermedad mental, mientras que el 79% no lo tienen, no habiendo diferencias entre ambos grupos. Hay antecedentes familiares de suicidio en tres ocasiones, teniendo los estudiantes de estas familias puntuaciones mas bajas en la subescala de prosociabilidad version autollenado.

Los resultados del cribado mediante el SDQ nos dan a conocer el estado actual de la salud mental del COPPHU, estimándose que la mayoría de los estudiantes pueden estar padeciendo algún trastorno (56%), siendo los trastornos emocionales los más frecuentes, afectando probablemente a un 18% de la población estudiada. Al comparar los resultados del SDQ-Cas versión de autollenado con otros estudios, encontramos que nuestros estudiantes reportan más sintomatología de trastornos emocionales, menos en cuanto a trastornos conductuales y puntuaciones similares para las demás subescalas (37).

Resultados diferentes se encontraron en un estudio alemán con una muestra mucho mayor que la nuestra ($n = 6,726$), donde se observó que, en los problemas emocionales, de hiperactividad, con pares y en el total de dificultades tuvieron menores reportes de sintomatología que lo que hemos reportado, en los problemas de conducta

obtuvieron puntuaciones cercanas a la nuestras y en los prosociales tuvieron mayor puntuaciones (38).

Haciendo la salvación de que la prueba utilizada para el cribado, el SDQ, tiene una sensibilidad del 63.3% y una especificidad del 94.6% (39), por lo que la cantidad de estudiantes que posible y probablemente estén padeciendo un trastorno sea menor de lo estimado, mientras que se tiene más certeza con los resultados de en quienes sea improbable padecer algún trastorno.

Claramente los trastornos emocionales son el grupo de trastornos de mayor prioridad entre los estudiados, dado que hasta en el 40% de los casos es posible y probable estar sufriendo un trastorno emocional. Es muy importante destacar que el 80% de los casos probables y un 92% de los casos posibles, son chicas, cifras similares a las encontradas en estudios anteriores, donde las chicas presentaban síntomas emocionales tres veces mayores que los varones, lo cual indica que las chicas son más vulnerables en los síntomas internalizantes que sus coetáneos (40). La probabilidad de estar padeciendo de un trastorno de conducta ha sido relativamente baja, con un 82% de improbabilidad de padecer este trastorno. Entre quienes pueden que presenten un trastorno de conducta, hay una mayoría femenina (92%), lo cual no es frecuente ya que estos trastornos tienden a presentarse más en masculinos (29) pero que en las últimas décadas está siendo más diagnosticado e investigado en femeninas (35). Los trastornos de hiperactividad fueron poco frecuentes, con un 89% de los casos presentando improbabilidad de padecerlos.

En lo relacionado al informe de calidad de los servicios de salud mental escolares SHAPE, los resultados indican que en la mayoría de los dominios propuestos por este organismo estadounidense consiguen la categoría de “Emergentes”, salvo lo relacionado a los “Servicios y apoyos de tratamiento e intervención temprana”, el cual entra en la categoría de “Progresando”. Esto quiere decir, que según estos criterios, los cuales son criterios de los Estados Unidos y por lo tanto de un país de mayor desarrollo económico que el nuestro, se puede considerar que los servicios de salud mental que ofrece el COPPHU son emergentes. Esto no es negativo, de hecho el NCSMH advierte antes de realizar la evaluación de qué esto es lo más probable, pues la evaluación

abarca prácticas de la salud mental que lamentablemente no son muy extendidas, incluso en los Estados Unidos. Pero, hay que destacar que el punto fuerte según este informe es la capacidad del colegio de ofrecer servicios y apoyo de manera temprana a sus estudiantes. Un punto débil es la falta de información a través de cribados, pero que con este trabajo de grado se mejora considerablemente.

Al ser preguntados por las definiciones de buena salud mental preferidas, las más votadas por los informantes fueron las que tienen un enfoque de aumento de la capacidad, resiliencia y bienestar, y mejoramiento de las competencias, capacidades y del entorno, siendo las menos votadas las definiciones con un enfoque de bienestar y prevención, y maximización de la salud mental. En relación a lo que los padres consideran las intervenciones más prioritarias para que los estudiantes tengan una mejor salud mental, se considera que las intervenciones dirigidas a estrategias de automanejo, habilidades cognitivas, autopercepción y valores, y la actitud hacia los trastornos mentales deben ser las prioritarias. Salvo las intervenciones dirigidas a estrategias de automanejo, las cuales no han demostrado eficacia, las demás pudiesen ser implementadas con potencial éxito (20). No obstante, trabajos posteriores deben buscar que otros actores de la comunidad escolar, como estudiantes, profesores, la dirección del colegio, y otros sectores, como investigadores e instituciones públicas, establezcan sus preferencias y se obtenga así un panorama completo. De manera que, a través de la participación de los diversos actores se generen las alianzas necesarias para que se pueda hacer investigación de implementación que permita desarrollar los programas de salud mental escolares propuestos (41).

IX. Conclusión

Hasta donde sabemos este es el primer trabajo de investigación hecho en el país sobre el desarrollo de programas o servicios de salud mental en las escuelas. El presente trabajo, cumpliendo con su objetivo de servir como un examen preliminar previo a un posterior diagnóstico comunitario más completo, ha permitido identificar un alto porcentaje de casos probables de trastornos mentales, principalmente trastornos emocionales del espectro ansioso y depresivo.

Al aplicar un modelo de investigación comprometida con la comunidad, este piloto ha podido brindar información de valor a la comunidad, como el cribado mencionado anteriormente, pero también un informe completo del NCSMH, mediante el SHAPE. También se ha intentado superar el paternalismo, preocupándose por las preferencias de los tutores sobre las intervenciones de salud mental a ofrecer a sus hijos, obteniendo una diversidad de respuestas muy interesantes, pero que deben incluir las respuestas de estudiantes, maestros y administradores del colegio.

A nuestro modo de ver, la prioridad respecto a la salud mental en la escuela debe ser conformar un equipo de trabajo que establezca un plan a partir de, los resultados del informe de la plataforma SHAPE, como lo recomienda el NCSMH, y por supuesto de los resultados del presente trabajo de grado. Además, fuera importante y necesario que el equipo constituido sea multidisciplinario para poder abordar la complejidad biopsicosocial inherente a la salud mental, y más aún con esta perspectiva comunitaria de implementación de programas y servicios.

Entendemos que el equipo que se conforme debe recibir apoyo de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, con el objetivo de contribuir al bienestar de la comunidad de su colegio pre universitario, y también, con miras a que esta experiencia sirva para que la universidad, a lo mejor, pueda contribuir de manera determinante en la segunda línea estratégica del plan nacional de salud mental. Estamos convencidos de que de la continuación de esta línea de investigación, y con el apoyo necesario, nuestra universidad pudiese contribuir de manera determinante a la salud mental escolar nacional.

X. Recomendaciones

1. Realizar un estudio de seguimiento a los estudiantes identificados con probables trastornos mediante el cribado
2. Hacer una evaluación con el SHAPE para el año escolar 2022-2023
3. Crear un equipo de trabajo multidisciplinario que evalúe el informe SHAPE del año escolar 2021-2022 y 2022-2023, y el presente trabajo de grado, para que este defina el plan de trabajo
4. Realizar un diagnóstico comunitario de los trastornos emocionales con una perspectiva multidisciplinaria.
5. Estudiar las preferencias de buena salud mental de la comunidad escolar completa, incluyendo estudiantes, maestros y la administración del colegio
6. Fomentar la creación de un Semillero de Investigación sobre la salud en la escuela, incluyendo y priorizando la salud mental pero sin limitarse a esta
7. Concientizar a la comunidad sobre la importancia de la salud mental en los niños.

XI. REFERENCIAS

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119>
2. World Health Organization, UNESCO. WHO guideline on school health services [Internet]. World Health Organization; 2021 [citado 26 de julio de 2022]. xxii, 73 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341910>
3. Hoare E, Thorp A, Bartholomeusz-Raymond N, McCoy A, Berk M. Opportunities in the Australian national education initiative for promoting mental health in schools. *Lancet Child Adolesc Health*. enero de 2020;4(1):11-3.
4. Plan nacional de salud mental: República Dominicana 2019-2022 [Internet]. [citado 22 de abril de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1660>
5. Mission, Goals & Activities | University of Maryland School of Medicine [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.schoolmentalhealth.org/About/Mission-Goals--Activities/>
6. About Us – SHAPE [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.theshapesystem.com/about-us/>
7. Plan psicoeducativo para prevención del Bullying (acoso escolar) entre pares...: Discovery Service para Universidad Nacional Pedro Henríquez [Internet]. [citado 2 de julio de 2022]. Disponible en: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=4160aa12-e816-4b99-bc4d-6eb1d1543af0%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNzbyZsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#db=cat06130a&AN=unl.0000301697>
8. Perez DMM, Reyes VMN. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN AMBIENTAL (EA) PARA ESTUDIANTES DEL SEGUNDO CICLO DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA. CASO: COLEGIO PRE UNIVERSITARIO DR. LUIS ALFREDO DUVERGÉ MEJÍA SUSTENTANTES. :245.
9. Marte Cabral RE, Ruiz Disla YA. Influencia de los medios de comunicación sobre la imagen corporal que reciben los adolescentes que cursan en el colegio experimental preuniversitario Dr. Luis Alfredo Duvergé Mejía, en el periodo febrero-abril, 2021. [Internet] [Thesis]. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2021 [citado 24 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/4399>
10. Murphy JM, Abel MR, Hoover S, Jellinek M, Fazel M. Scope, Scale, and Dose of the World's Largest School-Based Mental Health Programs. *Harv Rev Psychiatry*. septiembre de 2017;25(5):218-28.
11. Fazel M, Patel V, Thomas S, Tol W. Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. octubre de 2014;1(5):388-98.
12. Rodríguez JJ. Salud mental en la comunidad. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
13. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón García JL.

- Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. *Aten Primaria*. 2021;53(7):102143.
14. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, et al. What is good mental health? A scoping review. *Eur Neuropsychopharmacol*. febrero de 2020;31:33-46.
 15. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 19 de julio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/357847>
 16. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. enero de 2022;27(1):281-95.
 17. Glenn CR, Kleiman EM, Kellerman J, Pollak O, Cha CB, Esposito EC, et al. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(3):294-308.
 18. Arango C, Dragioti E, Solmi M, Cortese S, Domschke K, Murray RM, et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry*. octubre de 2021;20(3):417-36.
 19. Fusar-Poli P, Correll CU, Arango C, Berk M, Patel V, Ioannidis JPA. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry*. junio de 2021;20(2):200-21.
 20. Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, Pfennig A, et al. Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: Systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1 de diciembre de 2020;41:28-39.
 21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, informe compendiado. Ginebra.: OMS.; 2004.
 22. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. noviembre de 2001;40(11):1337-45.
 23. Hall CL, Guo B, Valentine AZ, Groom MJ, Daley D, Sayal K, et al. The validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for children with ADHD symptoms. *PLoS ONE*. 19 de junio de 2019;14(6):e0218518.
 24. Richter A, Sjunnestrand M, Romare Strandh M, Hasson H. Implementing School-Based Mental Health Services: A Scoping Review of the Literature Summarizing the Factors That Affect Implementation. *Int J Environ Res Public Health*. 15 de marzo de 2022;19(6):3489.
 25. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans [Internet]. World Health Organization; 2005 [citado 10 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43068>
 26. Doll B, Nastasi BK, Cornell L, Song SY. School-Based Mental Health Services: Definitions and Models of Effective Practice. *J Appl Sch Psychol*. 3 de julio de 2017;33(3):179-94.
 27. SMHQA instructions_School version.pdf [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://shape.3cimpact.com/api/resources/file/public/SMHQA%20instructions_School

%20version.pdf

28. Key K, Furr-Holden D, Lewis E, Cunningham R, Zimmerman M, Johnson-Lawrence V, et al. The Continuum of Community Engagement in Research: A Roadmap for Understanding and Assessing Progress. *Prog Community Health Partnersh Res Educ Action*. 1 de enero de 2019;13:427-34.
29. Holik D, Kribl M, Milostić-Srb A, Nujić D. Epidemiology of Youth Mental Health Problems From the Area of Osijek Using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Arch Psychiatry Res Int J Psychiatry Relat Sci*. 2021;57(1):61-8.
30. INFORME 2018 LATINOBAROMETRO [Internet]. 2018. Disponible en: www.latinobarometro.org
31. Mastorci F, Piaggi P, Doveri C, Trivellini G, Casu A, Pozzi M, et al. Health-Related Quality of Life in Italian Adolescents During Covid-19 Outbreak. *Front Pediatr* [Internet]. 2021 [citado 17 de mayo de 2023];9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2021.611136>
32. Bosch R, Pagerols M, Prat R, Español-Martín G, Rivas C, Dolz M, et al. Changes in the Mental Health of Children and Adolescents during the COVID-19 Lockdown: Associated Factors and Life Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2022;19(7):4120.
33. Sahril N, Ahmad NA, Idris IB, Sooryanarayana R, Abd Razak MA. Factors Associated with Mental Health Problems among Malaysian Children: A Large Population-Based Study. *Children*. 7 de febrero de 2021;8(2):119.
34. Haimi: The impact of parental separation and divorce... - Google Académico [Internet]. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=J.+Clin.+Med.+Genom.&title=The+Impact+of+Parental+Separation+and+Divorce+on+the+Health+Status+of+Children,+and+the+Ways+to+Improve+it&author=M.+Haimi&author=A.+Lerner&volume=4&publication_year=2016&pages=1-7&doi=10.4172/2472-128X.1000137&
35. Precios [Internet]. [citado 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.bancentral.gov.do/a/d/2534-precios>
36. Ballardini N, Kramer MS, Oken E, Henderson AJ, Bogdanovich N, Dahhou M, et al. Associations of atopic dermatitis and asthma with child behaviour: Results from the PROBIT cohort. *Clin Exp Allergy*. 2019;49(9):1235-44.
37. Haugan JA, Frostad P, Mjaavatn PE. Girls suffer: the prevalence and predicting factors of emotional problems among adolescents during upper secondary school in Norway. *Soc Psychol Educ*. 1 de junio de 2021;24(3):609-34.
38. Overgaard KR, Madsen KB, Oerbeck B, Friis S, Obel C. The predictive validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire for child attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 de mayo de 2019;28(5):625-33.
39. Ethical considerations for precision psychiatry: A roadmap for research and clinical practice | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0924977X22008276?token=4E649FD10677AF48DA1D968802434A9EE1E11B3EEE16B9A6AF58B60711D639CDC9FE51E7B42FC34825DFADB6C8D0CBCB&originRegion=us-east-1&originCreation=20230508182515>

40. Theberath M. Effects of COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents: A systematic review of survey studies. SAGE Open Medicine. 2022;Volume 10.
41. Influencia de los medios de comunicación sobre la imagen- Rosa E. Marte Cabral y Yasmile A. Ruiz Disla.pdf [Internet]. [citado 30 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/4399/Influencia%20de%20los%20medios%20de%20comunicaci%c3%b3n%20sobre%20la%20imagen-%20Rosa%20E.%20Marte%20Cabral%20y%20Yasmile%20A.%20Ruiz%20Disla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2022-2023	
Selección del tema		Junio
Elaboración del anteproyecto		Julio
		Agosto
		Septiembre
Sometimiento y aprobación		Octubre
		Noviembre
Recolección de datos	2022	Diciembre
		Enero
	2023	Febrero
		Marzo
		Abril
Tabulación y análisis de la información		Mayo
Redacción del informe		Junio
Revisión del informe		Julio
Encuadernación		
Presentación		

XII.2. Instrumento de recolección de datos

XII.2.1. Certificados de Good Clinical Practice





NIDA Clinical Trials Network

Certificate of Completion

is hereby granted to

Sabrina Giacomazzi

to certify your completion of the six-hour required course on:

GOOD CLINICAL PRACTICE

MODULE:	STATUS:
Introduction	N/A
Institutional Review Boards	Passed
Informed Consent	Passed
Confidentiality & Privacy	Passed
Participant Safety & Adverse Events	Passed
Quality Assurance	Passed
The Research Protocol	Passed
Documentation & Record-Keeping	Passed
Research Misconduct	Passed
Roles & Responsibilities	Passed
Recruitment & Retention	Passed
Investigational New Drugs	Passed

Course Completion Date: 19 September 2022

CTN Expiration Date: 19 September 2025

Eve Jelstrom

Eve Jelstrom, Principal Investigator
NDAT CTN Clinical Coordinating Center

Good Clinical Practice, Version 5, effective 03-Mar-2017

This training has been funded in whole or in part with Federal funds from the National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, under Contract No. HHSN2720120100024C.

XII.2.2. Consentimiento informado

**DESARROLLO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL ESCOLAR,
EN EL RECINTO DE SANTO DOMINGO DE LOS COLEGIOS PREUNIVERSITARIO
PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA,
OCTUBRE – DICIEMBRE, 2022**

Investigadores responsables Javier de Otazu Olivares y Sabrina Giacomazzi Grullon

Yo, _____ con
identificación No _____ acepto libremente
participar en la investigación que lleva como título <<Desarrollo de un programa piloto
de salud mental escolar, en el Recinto de Santo Domingo de los Colegios
Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña, Octubre-Diciembre, 2022>> conducida por
Javier de Otazu Olivares y Sabrina Giacomazzi Grullon, estudiantes de Medicina de la
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) junto al equipo de investigación
encargado y autorizo a que mi hijo/hija participe en el mismo.

Se me ha explicado que los trastornos mentales son condiciones muy frecuentes,
más aún después de la pandemia por la Covid-19, y que suelen iniciar en la
adolescencia. También se me ha explicado que es posible prevenir estos trastornos y
que una estrategia para esto es desarrollar programas de salud mental en las escuelas.

Con la finalidad de promover y mantener una buena salud mental entre los
adolescentes, y de esta forma lograr prevenir trastornos mentales, el objetivo de la
presente investigación es desarrollar un programa piloto de salud mental escolar en el
Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña
durante el periodo octubre-diciembre del año 2022.

Se me ha explicado que la investigación es de riesgo mínimo, porque se realizará
con la información suministrada de las encuestas.

Soy consciente que el resultado de la investigación puede ofrecer un aporte estadístico importante para la comunidad, sin embargo, no recibiré ningún estímulo económico por la participación en el estudio.

Soy consciente de la libertad que tengo de retirar mi consentimiento en cualquier momento y negarme a responder la encuesta o participar en la investigación, sin que por ello se creen perjuicios. Se me ha explicado que, de participar, se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad.

Firma del participante

Fecha

El investigador:

He explicado al Sr(a). _____ el tipo de investigación y los fines de este estudio; le he explicado a cabalidad los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas que han surgido del estudio y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la respectiva normatividad correspondiente para realizar esta investigación y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procede a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

XII.2.3. Asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL ESCOLAR, EN EL RECINTO DE SANTO DOMINGO DE LOS COLEGIOS PREUNIVERSITARIOS PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA, OCTUBRE – DICIEMBRE, 2022

Investigadores responsables Javier de Otazu Olivares y Sabrina Giacomazzi Grullon

Yo, _____

acepto libremente participar en la investigación que lleva como título <<Desarrollo de un programa piloto de salud mental escolar, en el Recinto de Santo Domingo de los Colegios Preuniversitarios Pedro Henríquez Ureña, Octubre-Diciembre, 2022>> conducida por Javier de Otazu Olivares y Sabrina Giacomazzi Grullon, estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) junto al equipo de investigación encargado y autorizo a que mi hijo/hija participe en el mismo.

Se me ha explicado que los trastornos mentales son condiciones muy frecuentes, más aún después de la pandemia por la Covid-19, y que suelen iniciar en la adolescencia. También se me ha explicado que es posible prevenir estos trastornos y que una estrategia para esto es desarrollar programas de salud mental en las escuelas.

Con la finalidad de promover y mantener una buena salud mental entre los adolescentes, y de esta forma lograr prevenir trastornos mentales, el objetivo de la presente investigación es desarrollar un programa piloto de salud mental escolar en el Colegio Preuniversitario Pedro Henríquez Ureña durante el periodo octubre-diciembre del año 2022.

Se me ha explicado que la investigación es de riesgo mínimo, porque se realizará con la información suministrada de las encuestas.

Soy consciente que el resultado de la investigación puede ofrecer un aporte estadístico importante para la comunidad, sin embargo, no recibiré ningún estímulo económico por la participación en el estudio.

Soy consciente de la libertad que tengo de retirar mi consentimiento en cualquier momento y negarme a responder la encuesta o participar en la investigación, sin que por ello se creen perjuicios. Se me ha explicado que, de participar, se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad.

Firma del participante

Fecha

El investigador:

He explicado al Sr(a). _____ el tipo de investigación y los fines de este estudio; le he explicado a cabalidad los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas que han surgido del estudio y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la respectiva normatividad correspondiente para realizar esta investigación y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procede a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

XII.2.4. Sdq-Cas versión de autollenado

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

A 11-17

Por favor pon una cruz en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas: No es verdad, Es verdad a medias, Verdaderamente sí. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas según como te han ido las cosas en los últimos seis meses.

Nombre

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderamente sí
Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tienes algún comentario o preocupación en particular que quieras plantear ?

Por favor, vuelve la página, hay más preguntas

En general, ¿crees que tienes dificultades en alguna de las siguientes áreas:
emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarte con otras personas ?

No	Si- pequeñas dificultades	Si- claras dificultades	Si- severas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si has contestado "Si", por favor responde a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

• ¿ Desde cuándo tienes estas dificultades ?

Menos de un mes	1-5 meses	6-12 meses	Más de un año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿ Estas dificultades te preocupan o te hacen sufrir ?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿ Repercuten estas dificultades en tu vida diaria en los siguientes aspectos ?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
VIDA EN LA CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMISTADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZAJE EN LA ESCUELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿ Suponen estas dificultades una carga para los que están a tu alrededor (tu familia, amigos, profesores etc) ?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Muchas gracias por tu ayuda

© Robert Goodman, 2005

XII.2.5. Sdq-Cas versión parental

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

P 4-17

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a durante los últimos seis meses.

Nombre de su hijo/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

Por favor, vuelva usted la página, hay más preguntas

¿Cree usted que su hijo/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas:
emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

No	Si- pequeñas dificultades	Si- claras dificultades	Si- severas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado "Sí", por favor responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

• ¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

Menos de un mes	1-5 meses	6-12 meses	Más de un año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a su hijo/a?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de su hijo/a en las siguientes áreas?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
VIDA EN LA CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMISTADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZAJE EN LA ESCUELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿Son estas dificultades una carga para usted o su familia?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Madre/padre/otros (indique, por favor:)

Muchas gracias por su ayuda

© Robert Goodman, 2011

XII.2.6. Cuestionario sobre características sociodemográficas

Cuestionario sobre características sociodemográficas

El siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer un poco las características sociodemográficas de su hijo/hija, con el fin de poder desarrollar el mejor programa de salud mental escolar posible.

Le recordamos que los datos obtenidos serán protegidos con confidencialidad, respetando el anonimato, por lo que por favor le pedimos que responda con confianza.

Gracias por su comprensión.

A. Sobre el/la adolescente

1. Datos generales

Nombres y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Sexo: Masculino Femenino

Dirección (Nota: quisiéramos el barrio, y si lo conoce el código postal):

Grado de escolaridad (curso):

Etnia (raza): Mulata Negra Blanca Otro

Religión: Catolicismo Evangelismo Pentecostalismo

Adventismo Ateísmo Agnosticismo

Otra No refiere

Ingreso familiar mensual (de toda la familia):

Nota: por motivos de calidad del estudio, lo ideal sería responder la cifra más exacta posible, sin embargo, debido a motivos de privacidad, damos la opción de responder en base a rangos, pueden elegir libremente. Gracias.

1. Ingreso específico en pesos:

2. Rangos:

Menos de 15,000 pesos

Entre 15,000 y 30,000 pesos

Entre 30,000 y 50,000 pesos

Entre 50,000 y 75,000 pesos

Entre 75,000 y 100,000 pesos

Más de 100,000 pesos

2. Composición del hogar

Hermanos: Si No

En caso de haber respondido que sí, por favor completar los siguientes acápites

Indicar el número de hermanos y hermanas:

Hermanos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hermanas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Posición del alumno entre los hermanos:

Primero/a Segundo/a Tercero/a Cuarto/a Quinto/a Sexto/a

Séptimo/a Octavo/a Noveno/a Décimo/a

Padres: ¿Vive con ambos padres? Si No

En caso de haber respondido que sí, por favor completar el siguiente acápite.

Casados Unión libre

En caso de haber respondido que no, por favor completar el siguiente acápite.

Divorciados Padre fallecido Padrastro Madre fallecida

Madrastra Tutor

Vivienda: Apartamento Casa Residencial

Número de personas:

Número de habitaciones:

Mascotas: Si No

En caso de haber respondido que sí, por favor especifique el tipo de mascota y al lado del símbolo de número marcar la cantidad.

Perros #

Gatos: #

Otros: #

3. Datos sobre salud y enfermedad

Talla (especificar la unidad, pies o centímetros):

Peso (especificar la unidad, libras o kilos):

Antecedente de alguna enfermedad crónica o condición tanto física como mental (e.j. asma, diabetes tipo 1, epilepsia, trastorno de déficit de atención, autismo etc...). Por favor indicar la patología y la edad del diagnóstico, es muy importante.

¿Ha llevado a su hijo o hija en algún momento a una consulta de psicología?

Si No

¿Ha llevado a su hijo o hija en algún momento a una consulta de psiquiatría?

Si No

¿Algún familiar de primer y segundo grado presenta algún problema de salud mental?

Si No

¿Hay algún antecedente de intento suicida en su familia?

Si No

XII.2.7. Cuestionario sobre enfoque de promoción de salud mental y buena salud mental

Cuestionario sobre enfoque de promoción de salud mental y buena salud mental

El siguiente formulario consiste en varias definiciones de promoción de salud mental y buena salud mental. El objetivo es que pueda expresar qué definición se acerca más a la salud mental que usted desea para su hijo o hija. De esta forma, conociendo su perspectiva, se podrán desarrollar intervenciones que busquen hacer una promoción de la salud mental que usted desea, respetando así su criterio.

Por favor marque una cruz en la columna de la derecha al lado de las tres definiciones que vayan más acorde a sus valores y criterio.

Enfoque	Definición de promoción de salud mental y buena salud mental	Marque una cruz al lado de las tres definiciones vayan más acorde a sus valores y criterio
Mejoramiento de las capacidades	Mejoramiento de la capacidad de las personas, las familias, los grupos o las comunidades para fortalecer o apoyar experiencias emocionales positivas, cognitivas y relacionadas.	
Maximización de la salud mental	Medidas para maximizar la salud mental y el bienestar de las poblaciones y las personas.	
Capacidad, resiliencia y bienestar	Promover una buena salud mental mediante el aumento del bienestar psicológico, la resiliencia, y mediante la creación de condiciones de vida y entornos de apoyo.	
Mejoramiento de la competencia	Cualidades humanas y habilidades para la vida tales como funcionamiento cognitivo, autoestima positiva, habilidades sociales y de resolución de problemas, capacidad para gestionar los principales estresores en la vida e influir en el entorno social, la capacidad de trabajar productiva y fructíferamente, hacer contribuciones a la comunidad, y un estado emocional, espiritual y mental de bienestar.	
Sentido de la coherencia	Facultades subjetivas que mejoran la comprensibilidad, la capacidad de gestión e importancia de una situación difícil. Una fuerte capacidad de adaptación y de gestión propia mejora el bienestar subjetivo y puede resultar en una positiva interacción entre la mente y el cuerpo	
Bienestar y prevención	Prevenir enfermedades y aumentar el bienestar.	
Bienestar	La salud mental no es simplemente la ausencia de trastornos mentales, sino un recurso de importancia para el bienestar de las personas, las familias y las sociedades.	
Mejoramiento del entorno	Acciones para crear condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener estilos de vida saludables.	

XII.2.8. Cuestionario sobre área de promoción de buena salud mental

Cuestionario sobre área de promoción de buena salud mental

El siguiente formulario consiste en varias definiciones de áreas que contribuyen a una buena salud mental. El objetivo es que pueda expresar, a su entender, cuáles son las áreas más necesitan mejora. De esta forma, conociendo su perspectiva, se podrán desarrollar intervenciones que busquen hacer una promoción de la salud mental que usted desea, respetando así su criterio. Por favor complete el cuestionario, seleccionando un puntaje para cada definición.

Por favor marque una cruz en la columna de la derecha al lado de las tres definiciones que varían más acorde a sus valores y criterio.

Área de promoción	Definición empírica propuesta	Marque una cruz al lado de las áreas de promoción que varían más acorde a sus valores y criterio
(i) Afectación en salud mental	La capacidad de reconocer y poseer el conocimiento de una variedad de diferentes trastornos mentales, establecidas y emergentes, factores y señales de advertencia que contribuyen a una mala salud mental, así como sobre los diferentes recursos de salud a los que se puede acceder en caso de necesidad.	
(ii) Actitud hacia los trastornos mentales	La forma en que reaccionamos frente a alguien con un trastorno mental. Las actitudes positivas incluyen comprensión, ser compasivo y empático a la vez que reduce la discriminación y distancia social hacia las personas con una pobre salud mental o con trastornos mentales emergentes o establecidos. El estigma es una actitud negativa hacia una persona, lo que conduce a una acción negativa o discriminación.	
(iii) Autoaceptación y valores	Una colección de creencias subjetivas, valores y emociones sobre sus propias características internas y externas, dando forma a su estilo de autoconciencia, autoconciencia y autoestima, conocimiento y aceptación que conducen a vivir una vida valiosa.	
(iv) Habilidades cognitivas	La capacidad de prestar atención, recordar y organizar la información, mientras se tiene un grado de flexibilidad cognitiva, atención para permitir la toma de decisiones y resolver problemas.	
(v) Desempeño académico/ocupación	Aprendizaje y conocimiento objetivo, logros académicos, asistencia y comportamiento al igual que ajuste escolar y adaptación académica.	
(vi) Emociones	Estados afectivos con propiedades excitatorias o inhibidoras que llevan a los individuos a una cierta respuesta o comportamiento.	
(vii) Comportamientos	Los comportamientos son las conductas en las que una persona procede cuando se les presenta un estímulo.	
(viii) Estrategias de afrontamiento	Habilidades prácticas y habilidades necesarias para cuidar de sí mismo de forma independiente y funcional satisfaciendo las demandas del entorno: habilidades para lidiar con el estrés, resolver problemas y tomar de decisiones, enfrentar actividades que puedan aparecer.	
(ix) Habilidades sociales	Las habilidades sociales son capacidades que permiten a los jóvenes interactuar y comunicarse entre sí para fomentar relaciones positivas.	
(x) Familia y relaciones significativas	La capacidad de establecer relaciones significativas con otros miembros de la familia, relaciones sanas y positivas, y conexión con miembros de la familia dentro de un ambiente limitado que facilita la comunicación e interacción.	
(xi) Salud física	Variables físicas, a menudo visibles y medidas, relacionadas a dimensiones de la salud y un estado físico positivo.	
(xii) Salud sexual	Un estado físico, emocional, mental y social de bienestar en relación con la sexualidad.	
(xiii) Sentido de la vida	Sentir que la vida tiene un propósito y un significado.	
(xiv) Calidad de vida	El bienestar general de una persona, debiendo en términos de salud, felicidad y satisfacción de la vida.	

XII.3. Costos y recursos

VIII.3.1. Humanos			
2 sustentantes			
2 asesores (metodológico y clínico)			
Personal médico calificado en número de cuatro			
Personas que participaron en el estudio			
VIII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	240.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data	2 unidades	600.00	1,200.00
projector	2 unidades	75.00	150.00
Cartuchos HP 45 A y 78 D			
Calculadoras			
VIII.3.3. Información			
Adquisición de libros	1 libro	750,00	750,00
Revistas			
Otros documentos			
Referencias			
(ver listado de referencias)			


VIII.3.4. Económicos*			
Papelería (copias)	150	4.30	643.00
Encuadernación	copias	50,00	50,00
Alimentación	1	225,00	450,00
Transporte	informe	1,992	1992,00
Inscripción al curso	s		2,000.00
Inscripción de anteproyecto	2		
Inscripción de la tesis	servicio		13,500.00
Subtotal	s		15,000.00
Imprevistos 10%			34,385.00
			3,438.50
Total			\$ 37,823.5

XII.4. Evaluación

Sustentantes:




Javier Enrique de Otazu Olivares
16-2113




Sabrina Michell Giacomazzi Grullón
17-1060

Asesores:

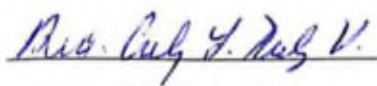


Dra. Claridania Rodriguez
(Metodológico)

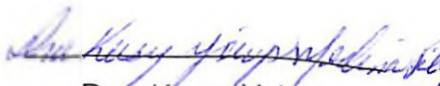


Dr. Alejandro Uribe
(Clínico)

Jurado:



Dra. Cindy Leticia
Rodriguez Vasquez



Dra. Kersy Yoiry
Medina Feliz



Dra. Edelmira Altagracia
Espailat Espailat

Autoridades:



Dra. Claudia María Scharf
Directora Escuela de Medicina




Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud


Evaluación: O Aprobado O Devuelto para modificar O Rechazado

Fecha: 27/07/2023 98-A