

Patrones de utilización de la unidad de niños y adolescentes de un centro de salud mental

ANA A. MUÑIZ GONZÁLEZ, PSY. D.
JORGE CAÑAS MARTÍNEZ, ED. D.

Centro Caribeño de Estudios Postgraduados
Instituto Psicológico de Puerto Rico
San Juan, Puerto Rico

Abstract: In this study, utilization patterns in an outpatient child and adolescent population were examined. Two hundred thirty two ambulatory records in a Puerto Rico Metropolitan Area Mental Health Center were reviewed. The sample consisted of all children and adolescents attended from July 1st., 1987 through June 30, 1988. The study included pattern use criteria widely accepted in the literature such as, sociodemographic characteristics (age, education, residence zone, sex and parental educational level), diagnostic categories, treatment modalities, treatment duration, reasons for termination, readmissions and follow-up subsequent to termination.

Results indicate the following: males utilize services more frequently than females, the public school refers the greatest number of participants, the most frequent diagnosis were adjustment disorders and developmental disorders and the main reason for treatment termination was patient drop-out. The conclusions point out the need to perform research on the need to perform research on quality

assurance, on variables associated with treatment outcomes and on aspects related to program efficiency.

Introducción

En los últimos años, la evaluación de programas ha tenido un impacto en las actividades investigativas y programáticas de los países desarrollados. Se ha observado la necesidad de evaluar los programas por lo relevante de la información ofrecida en la toma de decisiones.

Attkisson (1979) visualiza la evaluación de programas como un proceso de ejercer juicios razonables sobre la ejecución de un programa basado en la colección y análisis sistemático de los datos. Con el desarrollo del campo de la evaluación de programas ha surgido el concepto de investigación evaluativa. Rossi, Freeman y Wright (1980) definen este concepto como un área de actividad que se dedica a la recolección, análisis e interpretación de información con el fin de ayudar al establecimiento de mejores programas de intervención y ensayar nuevas y mejores condiciones sociales y de vida comunitaria.

En este estudio, el diseño de investigación se ha conceptualizado a través de los patrones de utilización presentados por la clientela. En el campo de la evaluación de programas, los estudios de patrones de uso han contribuido, a través de información sistemáticamente recogida, en la toma de decisiones programáticas. Binner (1973) señala que los estudios sobre patrones de utilización describen quienes usan los servicios del programa y cómo estos servicios son utilizados. Básicamente, se puede afirmar que todos los estudios de utilización envuelven algún análisis de las características de los clientes, los servicios provistos, las áreas poblacionales y sectores sociales, el movimiento del cliente en el programa y las actividades del personal del programa. Algunos estudios de patrones de uso su objetivo ha sido el análisis de las características de la interacción entre el proveedor del servicio y el cliente o recipiente del servicio (Lobb, Young y Ciarlo, 1980).

Trabajo basado en la disertación presentada por la Dra. Ana A. Muñiz González en el Centro Caribeño de Estudios Post-Graduados en 1991.

Queremos agradecer la contribución del Dr. José Rodríguez en la revisión de este artículo.

Para comunicarse con la autora diríjase a: Cond. El Centro I, Oficina 401, Ave Muñoz Rivera, Hato Rey, Puerto Rico.

Para el año 1986-87 se dieron a conocer los resultados de estudios epidemiológicos de niños y adultos con desajustes mentales. De acuerdo a los resultados, en Puerto Rico existen por lo menos 150,000 niños y adolescentes con desórdenes mentales severos que requieren atención profesional (Bird, Canino, Rubio-Súpec, Gould, Ribera, Sesman, Woodbury, Huertas-Goldman, Pagán, Sánchez-Lacay, y Moscoso, 1987).

La Secretaría Auxiliar de Salud Mental del Departamento de Salud tiene establecido Centros de Salud Mental en varios puntos claves de Puerto Rico. Estos se encuentran localizados en los Municipios de Aguadilla, Arecibo, Manatí, Bayamón, Carolina, Fajardo, Humacao, Caguas, Cayey, Coamo y Mayaguez.

El Centro de Salud Mental que nos concierne en este estudio, sirve a una clientela proveniente del mismo municipio donde está situado, así como a la de cuatro municipios adyacentes. Un estimado que realizó el Centro de Salud Mental bajo estudio, de acuerdo al Censo Demográfico de Puerto Rico del 1980, estimó que a partir del año 1988 la población a la que el Centro se dirige asciende a 277,484 habitantes (Estado Libre Asociado de Puerto Rico, 1988). Es significativo observar que la población total de niños y adolescentes es de aproximadamente 134,856. Esta se desglosa en 65,513 en el Municipio donde se ubica el Centro y 69,343 de los pueblos adyacentes.

El servicio en la Unidad de Niños y Adolescentes es uno especializado que fue creado para el año 1971. Está dirigido a la población de menores de 18 años de edad. El cliente se acerca al Centro, a través de la solicitud voluntaria de los servicios por los padres, o son referidos por otras agencias y organizaciones de la comunidad. Además, se ofrece tratamiento involuntario a aquellos jóvenes que son referidos por el Tribunal de Menores. Con relación a la estructura programática de la Unidad, cuenta en la actualidad con una Clínica Externa que ofrece los servicios de Cernimiento, Evaluación Inicial, Emergencia y Tratamiento Ambulatorio.

Entre las modalidades de tratamiento que se ofrecen están: terapia individual, terapia grupal y familiar, terapia ocupacional, recreativa y grupo intensivo. El grupo intensivo ofrece tratamiento tres días a la semana durante las mañanas.

De acuerdo al Informe Final del Año Fiscal 1987-88, la Unidad de Niños y Adolescentes tuvo los servicios profesionales en este período de un psiquiatra a tiempo parcial, un médico auxiliar, dos psicólogos, un asistente de terapia ocupacional, tres auxiliares terapéuticos psi-

quiátricos, un líder recreativo, un técnico de tratamiento psicosocial y una enfermera graduada.

Según el Informe Anual del Centro de Salud mental a la Secretaría Auxiliar de Salud mental, para este año se realizaron 431 cernimientos de los cuales 233 fueron admitidos a la Unidad de Niños y Adolescentes.

Este estudio muy bien puede considerarse, a nuestro mejor entender, como un comienzo por recoger y analizar sistemáticamente una información sobre las características de uso de los servicios de Salud Mental recibidos por un sector de la población de niños y adolescentes durante el período antes mencionado.

Método

Participantes: Los participantes del estudio fueron aquellos niños y adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental durante el período comprendido del 1ro. de julio de 1987 al 30 de junio de 1988 (año fiscal 1987-88).

Los expedientes de los 233 participantes fueron objeto de análisis para realizar el estudio sobre patrones de utilización de esta población. La selección fue fija ya que se tomó la totalidad de los expedientes. Los indicadores que nos permitieron identificar la población fueron dos: haber recibido los servicios en el período de tiempo comprendido en el estudio y pertenecer, por la edad, al grupo de niños y adolescentes. Es decir, entre las edades de 0 a 18 años.

Es preciso señalar que para fines de conservar la confidencialidad de la información, se ha obviado el nombre oficial del Centro de Salud Mental donde se realizó la evaluación.

Criterios de Evaluación: Los criterios de evaluación fueron definidos a base de los patrones de uso, aceptados en la literatura, tales como características sociodemográficas (edad, escolaridad, sexo, zona residencial, tipo de residencia y escolaridad de los padres), categorías diagnósticas, modalidades de tratamiento, estadía, razones de cierre o de terminación de tratamiento, readmisiones y seguimiento una vez terminado el tratamiento.

Materiales e Instrumentos: Para la realización del estudio se utilizaron dos instrumentos, uno el expediente del cliente y un formulario donde se recogió la información de acuerdo a los criterios de patrones de uso ya discutidos.

Procedimiento: Se obtuvo el permiso de las autoridades administrativas del Centro y la Secretaría Auxiliar de Salud Mental de Puerto Rico para llevar a cabo el estudio.

Se coordinó con el personal de la unidad de expedientes del Centro la solicitud de los expedientes correspondientes al año fiscal de 1987-88. se le ofrecía una lista de los expedientes que se iban a revisar con dos días de anticipación.

La información recogida se tabuló y se procesó a través del programa conocido como Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Resultados: La información recogida fue analizada de acuerdo los criterios de evaluación definidos como los patrones de uso antes mencionados.

Se encontró que los varones son los que más utilizan los servicios de salud mental. Estos representan el 76.7 por ciento del total de la clientela (178 casos), mientras que las féminas constituyeron el 23.3 por ciento (54 casos). La edad promedio de los participantes fue de 10 años, 8 meses según se ilustra en la tabla siguiente:

Tabla 1. Número y por ciento de participantes del Programa por Grupos de Edad y Sexo Centro de Salud Mental Metropolitano Unidad de Niños y Adolescentes. Año Fiscal 1987-88.

Grupos de Edad	Ambos Sexos		Sexo Varones		Femeninas	
	Núm.	Por Ciento	Núm.	Por Ciento	Núm.	Por Ciento
Total	232	100.0	178	100.0	54	100.0
2 — 5	28	12.1	19	10.7	9	16.7
6 — 10	85	36.6	72	40.4	13	24.1
11 — 13	46	19.8	33	18.5	13	24.1
14 — 16	46	19.8	33	18.5	13	24.1
17 — 19	27	11.6	21	11.8	6	11.1

Md = 11 años

Fuente: Estudio Patrones de Utilización

Se tomó el dato de la zona de residencia de los participantes. La mayor parte de éstos viven en la zona urbana (69.4 por ciento), mientras que el 30.2 por ciento viven en áreas rurales. Por otro lado, la gran mayoría viven en residencias privadas y solamente el 14.7 por ciento en viviendas públicas.

Otro de los criterios de utilización que se consideró fue el nivel escolar de los participantes y el de sus padres o encargados. El nivel escolar promedio de los participantes fue de quinto grado. Se encontró que tanto los padres como las madres de los participantes son personas que, en promedio, tienen estudios por lo menos de escuela superior. Para ambos padres el grado promedio fue de décimo grado.

Los datos reflejan que el sistema escolar constituye la mayor fuente de referido. Estos representan el 31.5 por ciento del total. La segunda fuente que mostró mayor referidos al Programa fue el sistema familiar de los participantes. Estos representan el 30.6 por ciento del total. Véase Tabla 2.

Tabla 2. Número y por ciento de participantes por Fuente de Referido al Programa Centro de Salud Mental Metropolitano. Unidad de Niños y Adolescentes. Año Fiscal 1987-88.

Fuente de Referido	Número	Por Ciento
Total	232	100.0
Escuela	73	31.5
Padres o Encargados	71	30.6
Facilidad Médico-Hospitalaria	42	18.1
Departamento de Servicios Sociales	19	8.2
Tribunal de Menores	13	5.6
No Información	7	3.0
Otros Programas	6	2.6
Auto-Referido	1	.4

Fuente: Estudio Patrones de Utilización.

En relación a las categorías diagnósticas el análisis porcentual demuestra que los diagnósticos por trastornos del desarrollo representan el 41.7 por ciento, mientras que los trastornos de ajuste representan el 25.9 por ciento del total de diagnósticos dados. (Véase Tabla 3).

Tabla 3. Número y por ciento de Categorías Diagnósticas Dadas como primer Diagnóstico (I). Centro de Salud Mental Metropolitano. Unidad de Niños y Adolescentes. Año Fiscal 1987-88.

Categoría Diagnóstica	Número	Por Ciento
Total	170	100.0
Trastornos de Desarrollo	71	41.7
Trastornos de Ajuste	44	25.9
Condiciones no Atribuibles a		
Trastornos Mentales	24	14.1
Trastornos Afectivos	11	6.5
Trastornos de Control de Impulsos	4	2.4
Trastornos por Substancias Psico-Activas	3	1.8
Trastornos Psicóticos	3	1.8
Trastornos de Personalidad	3	1.8
Trastornos por Ansiedad	2	1.2
Trastornos Somatoformes	2	1.2
Trastornos Orgánicos Cerebrales	1	.6
Otros Diagnósticos	1	.6

a/ Hubo 62 expedientes donde no se ofreció un Diagnóstico.
Fuente: Estudio Patrones de Utilización.

Estos hallazgos concuerdan con los resultados del estudio realizado por Bird, et al (1987) donde los trastornos del desarrollo y de ajuste se consideran entre los de prevalencia.

Se realizó un análisis de la prueba T, para determinar si la diferencia del diagnóstico inicial y el diagnóstico final eran estadísticamente significativa. Al comparar el valor computado de T con el valor tabulado se concluye que no existe diferencia significativa entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico final que se ofrece cuando se cierra el expediente.

El tratamiento en la Unidad de Niños y Adolescentes, se pudo observar que abarca una amplia gama de modalidades. Entre otras se identificaron: terapia individual, terapia grupal, grupo intensivo, terapia de familia, terapia ocupacional, terapia recreativa y farmacoterapia.

Estas modalidades de tratamiento se le ofrecieron a 135 participan-

tes como primera modalidad de tratamiento. La terapia individual se ofreció a 82 clientes del Programa, es decir a un 74.4 por ciento. De éstos, en 35 casos, esta modalidad se ofreció una sola vez, lo que representa el 43.2 por ciento de los casos. Solamente en 13 expedientes se evidenciaron cuatro o más sesiones de terapia individual (16.0 por ciento). No se evidenció más de siete sesiones de terapia individual por participante. En promedio, esta modalidad se ofreció en dos sesiones por participante.

En términos proporcionales por participante, la psicofarmacoterapia es la modalidad de tratamiento que se ofrece con mayor frecuencia por participante. En números absolutos se ofreció solamente a 21 niños y adolescentes en comparación con la terapia individual la cual se ofreció a un mayor número de participantes en menor frecuencia.

Un criterio de utilización que se consideró fue el de la estadía. Se definió operacionalmente como el tiempo de espera entre un servicio y otro servicio que se le ofrece al participante y como el tiempo que dura el servicio que se le ofrece ya sea de evaluación o tratamiento. De esta manera, se obtuvo cinco indicadores.

Primero, el tiempo de espera desde que el participante llega por primera vez y establece contacto con el Programa hasta que se inicia el proceso de evaluación es en promedio de 26.7 días. Es decir, para iniciar una evaluación luego de la entrevista inicial, el participante tiene que esperar aproximadamente un mes. Segundo, el tiempo de duración de la evaluación es de 8.8 días, desde que se inicia la evaluación y se termina con un diagnóstico. Tercero, el tiempo de espera desde que se concluye la evaluación y se inicia el tratamiento es de 24.7 días. Cuarto, la duración del tratamiento de la Unidad de Niños y Adolescentes es en promedio de 74.2 días. El quinto fue el tiempo que transcurre desde que la persona hace el primer contacto con el Programa y el cierre del expediente es en promedio de 119.4 días. Como se pudo apreciar, la actividad de evaluación es la que en término de días más rápido efectúa el Programa con esta población.

Del total de 232 expedientes revisados, 70 de ellos estaban inactivos para cuando terminó el año fiscal 1987-88. El abandono de tratamiento constituyó la razón primordial para la terminación del servicio. De los 70 casos cerrados, 44 de ellos habían sido por esta razón, lo que representa el 62.9 por ciento del total. Por otro lado, los que terminaron el tratamiento representan el 20.0 por ciento (14 casos), siendo esta la segunda razón de mayor frecuencia por lo cual

se cerraba un expediente. En la Tabla 4 se ilustra la frecuencia de las razones de cierre.

Tabla 4. Número y Por ciento de las Razones de Cierre del Expediente. Centro de Salud mental Metropolitano, Unidad de Niños y Adolescentes. Año fiscal 1987-88.

Razón de Cierre	Número	Por Ciento
Total	70	100.0
Abandono de tratamiento	44	62.9
Terminó Tratamiento	14	20.0
No Información	8	11.4
Referido a Otro Programa	3	4.3
Otras Razones	1	1.4

Fuente: Estudio de Patrones de Utilización.

Del total de expedientes revisados, 42 de ellos pertenecían a participantes readmitidos al Programa. De estos 42 casos, 19 de ellos abandonaron el tratamiento, lo que representa el 45.2 por ciento del total. Solamente tres (3) casos de total de readmitidos completaron el tratamiento. Por otro lado, del total de 189 casos de nueva admisión, treinta y cuatro (18.0 por ciento) abandonaron el tratamiento.

Discusión

El análisis de la información sobre utilización en cierta manera, entra en una exploración de la demanda de la comunidad de unos servicios determinados y de los indicadores sociales que están íntimamente relacionados con tal demanda. Variables tales como nivel socio-económico y datos demográficos pueden considerarse como indicadores relevantes.

El hallazgo de utilización mayoritario de parte de los varones parece contrastar con varios estudios revisados donde no se establecen diferencia entre la probabilidad del uso de los servicios y de nivel de uso de estos en función del sexo de los participantes. Horgan (1985) utilizando los datos del "National Medical Care Expenditure Survey" encontró que no existía diferencia entre sexo en el uso de los servicios de salud mental. Wells (19484) encontró que el sexo afecta la proba-

bilidad de uso del cuidado ambulatorio pero no así el nivel de éste. Veroff (1981) estudió una muestra de 2,000 adultos en donde el 31 por ciento de las mujeres indicaron haber recibido ayuda de salud mental frente a un 23 por ciento de varones. Por otro lado Adityanjee, Mohan y Wig (1988) estudiaron las visitas de emergencias psiquiátricas del Instituto de Ciencias Médicas en la India durante cuatro meses. Encontraron que relativamente más varones del grupo de edad menor de los veinte años visitan el hospital que las féminas. Se registró, según los autores, una proporción de 2 a 1.

La proporción de utilización en el Centro bajo estudio entre varones y féminas podría explicarse en función de dos vertientes. Una, si refleja un patrón socio-demográfico de las áreas que cubre el Centro y otra, si obedece a factores socio-culturales. La contestación a esta interrogante, muy bien podría constituir el objetivo de otro estudio.

El promedio de edad de los participantes para ambos sexos fue de 10 años con 8 meses. Los estudios de Taube, Kessler y Berns (1986) señalan que a medida que aumenta la edad aumenta el nivel de uso de los servicios de salud mental. Sin embargo, en este estudio se refleja un patrón al inverso. La edad promedio fue de 10 años y en los grupos superiores a este nivel de edad se observa una tendencia a disminuir la participación.

Los residentes en zonas urbanas reciben mayoritariamente los servicios del Centro. El hecho de que muchos residentes rurales prefieren recibir los servicios en el mismo pueblo donde residen puede explicar el bajo uso de los servicios por parte de estos, ya que el Centro bajo estudio cubre a cuatro municipios adyacentes. El bajo uso de los servicios de salud mental por los residentes de la zona rural podría explicarse a la luz de los hallazgos del informe en la "President's Commission on Mental Health" (1986). En dicho informe se señala que los residentes rurales prefieren recibir los cuidados en salud mental en el mismo pueblo donde residen.

Los datos indican que la escuela constituye la mayor fuente de referidos. Este hecho conjuntamente con otros datos que indican una frecuencia mayor de diagnósticos de trastornos del desarrollo y de ajuste sugieren que los síntomas asociados a estos diagnósticos podrían manifestarse durante el curso de la experiencia académica. Esto parece indicar que los maestros desempeñan un papel muy importante en el proceso de identificar conductas que indiquen la posibilidad de que los niños ameriten tratamiento.

Tolan (1988) señala dos aspectos que son cruciales para el éxito del tratamiento: la inclusión de la familia en el proceso psicoterapéutico y el hecho que un mismo proveedor ofrezca los servicios. Estos aspectos se comportaron en el Centro de una manera muy diferente. El servicio es ofrecido por más de un profesional, en las diferentes fases, y la familia no es incluida en el proceso de ayuda, excepto participar de la entrevista inicial.

Los patrones observados en el área de tratamiento pueden estar influidos por el hecho de que no se observó un patrón uniforme de tratamiento para la clientela, aún cuando ésta es diagnosticada de manera similar. La modalidad de tratamiento de terapia individual parece ser la primera alternativa que visualizan los profesionales de ayuda en el Centro para ofrecer tratamiento a la población de niños y adolescentes.

La modalidad de grupo intensivo se visualiza como una alternativa de tratamiento adecuada para esta población, ya que incluye actividades educativas, grupales, terapia ocupacional y recreativa (Haman, 1989). No obstante, fueron relativamente pocos los participantes que se beneficiaron de esta modalidad. El Centro no ha delineado los criterios para el ingreso a esta modalidad. La actividad educativa no se evidenció en los expedientes de los participantes del grupo intensivo.

Un hallazgo que reviste importancia es que la farmacoterapia es la segunda modalidad de tratamiento y la primera en frecuencia por participante. Este hallazgo merece atención en futuros estudios para determinar cuáles son las conductas o síntomas y los criterios para usar esta modalidad de tratamiento.

El hallazgo del tiempo de espera de aproximadamente 60 días para iniciar el tratamiento puede surtir efecto en el abandono de los servicios. El abandono de tratamiento es una variable que debe ser considerada como relevante en la prestación de los servicios en el Centro. Se observó que en ocasiones se hacía la entrevista inicial o la primera sesión de psicoterapia y no había más evidencia de notas de progreso hasta que el terapeuta procedía a cerrar el expediente.

En el Centro no se observa un mecanismo sistemático para ofrecer seguimiento a una clientela que ha sido identificada con necesidades en el área de salud mental y/o una vez iniciado el proceso de ayuda ha sido abandonado. En el abandono de tratamiento pueden incidir tantos factores asociados al terapeuta, al diseño de los servicios o a las características del cliente.

El abandono del tratamiento plantea unas interrogantes para la planificación y prestación de los servicios. Primero, cabe preguntarse si existe la necesidad real de los servicios de salud mental en aquellos participantes que abandonan el tratamiento, o si por el contrario, la naturaleza de los problemas que originan el referido pueden y son posteriormente manejadas eficazmente por los padres y la escuela.

Otra interrogante que surge de los datos de abandono de tratamiento es la adecuación de las estrategias de intervención que sigue el terapeuta con relación a la queja o conducta que genera el referido. En el caso de los niños y adolescentes los padres automáticamente se convierten en parte del plan de tratamiento y por consiguiente en evaluadores del progreso de éste. Es muy probable que si las características del tratamiento no cumplen con las expectativas de los padres, éstos decidan discontinuar el proceso de ayuda. Una investigación donde se entrevistó a los padres para auscultar el nivel de satisfacción con los servicios de salud mental ofrecidos a sus hijos, podría arrojar luz sobre este aspecto del abandono del tratamiento. Hodgson, Feldman, Corleer y Quim (1986) señalan que una buena relación entre el terapeuta, el cliente y sus familiares puede ayudar al éxito del tratamiento con adolescentes.

Un aspecto que puede estar relacionado con el abandono de tratamiento, es el tiempo de espera desde que el cliente tiene el primer contacto con el programa hasta que inicia el proceso de evaluación y tratamiento. Se encontró que en promedio este período tarda alrededor de un mes. De igual manera, desde que se concluye el proceso de evaluación y se inicia el proceso de ayuda tarda un promedio alrededor de 25 días. Se entiende que lo prolongado de la espera para iniciar la evaluación y el inicio del tratamiento puede inducir a la persona a buscar ayuda en otra agencia o acudir a profesionales privados. Además, el interés demostrado por manejar la situación del niño o adolescente puede disminuir debido a que la manifestación del problema sea menos urgente o haya tomado otras direcciones que escapan a la conceptualización de los maestros o de los padres.

Conclusión

Este estudio señala en última instancia que los patrones de utilización de la población de niños y adolescentes tienen que ser entendidos desde varios factores, a saber: naturaleza del referido, características

del personal socio-demográficas del participante. Este estudio remite a la necesidad de realizar otras investigaciones evaluativas con esta población. Se deben considerar entre otros, investigaciones sobre la garantía de calidad, de variables asociadas a los resultados del tratamiento en términos de cambios operados en la conducta o estado emocional de los participantes y de aquellos aspectos relacionados con la eficiencia: el uso del tiempo de utilización de los recursos humanos y el diseño programático.

Referencias

- Adityanjee, Mohan, D. y Wig, N. N. (1988). Determinants of emergency room visits for psychological problems in a general hospital. *The International Journal of Social Psychiatry*, 34 (1), 25-30.
- American Psychiatry Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3ra. ed. revisada). Washington DC: Author.
- Attkisson, C. C. y McIntyre, M. (1977). A working model of mental health program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 741-753.
- Binner, P. R., Halpern, J. y Potter, S. (1973). Patients, programs, and results in a comprehensive mental health center. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 41 (1), 148-156.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Rivera, J., Sesman, M., Woodburry, M., Huertas-Goldman, S., Pagán, A. Sánchez-Lacay, A. y Moscoso, M. (1987). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-733.
- Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Departamento de Salud, Secretaria Auxiliar de Salud Mental — Centro de Salud Mental de Carolina. (1988). *Informe Anual — 1987-88*. San Juan, Puerto Rico.
- Haman, J. (1989, September-October). Intensive day treatment provides an alternative to residential care. *Children Today*, 11-15.
- Hodgson, C., Feldman, W. Corleer, S. y Quim, A. (1986). Adolescent's health needs: Utilization of health care by adolescents. *Adolescence*. 21 (82), 383-390.
- Horgan, C. (1985). *Prospective payment and psychiatric care: Evidence from research*. Brandeis-Boston University. Health Policy Consortium.
- Kelly, J. B. y Wallerstein, J. S. (1976). The effects of parental divorce: Experiences of the child in early latency. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46, 20-31.

- Lobb L. Young, Y., Y. Ciarlo, J. A. (1980). "Predicted Relative Utilization of Community Mental Health Facilities in the City and County of Denver". *Evaluation in Practice*. National Institute of Mental Health. Maryland. pp. 32-33.
- Magnab, P. R. (1978). For the sake of the children: A review of the psychological effects of divorce. *Journal of Divorce*, 1, 233-45.
- National Institute of Mental Health. (1980). *Predicted relative utilization of community mental health facilities in the city and county of Denver* (DHHS Publication No. ADM 80-763), Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- President's Commission on Mental Health. (1978). *Task panel report: rural mental health (vol. 3)*. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office.
- Rossi, P. H., Freeman, H. y Wright, S. R. (Eds.) (1979). *Evaluation: A Systematic Approach*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Tolan, P. (1989). Adolescent's mental health service use and provider, process, and recipient characteristics. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17 (3), 229-236.
- Veroff, J. B. (1981). The Dynamics of help-seeking in men and women: A National Survey Study. *Psychiatry*, 44 (3), 189-500.
- Wells, K. (1984). Cost sharing and the demand for ambulatory mental health services, *American Psychology*, 39, 1077-1089.