



Salud & Sociedad

E-ISSN: 0718-7475

alurzua@ucn.cl

Universidad Católica del Norte

Chile

RIVERA DIAZ, MARINILDA; RIVERA DIAZ, YESENIA
"DE LOS PROBLEMAS DEL INTERIOR" Y OTROS RELATOS: CONSTRUCCIONES
INFANTO-JUVENILES SOBRE LA SALUD MENTAL
Salud & Sociedad, vol. 2, núm. 3, septiembre-diciembre, 2011, pp. 322-333
Universidad Católica del Norte
Antofagasta, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742467003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

“DE LOS PROBLEMAS DEL INTERIOR” Y OTROS RELATOS: CONSTRUCCIONES INFANTO-JUVENILES SOBRE LA SALUD MENTAL¹

“ABOUT THE INTERNAL PROBLEMS” AND OTHER STORIES: CHILDREN AND YOUTH MENTAL HEALTH

Recibido: 13 de Noviembre del 2011 | Aceptado: 15 de Diciembre del 2011

MARINILDA RIVERA DIAZ (UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO, Río Piedras, Puerto Rico).

YESENIA RIVERA DIAZ (UNIVERSIDAD CENTRAL DE BAYAMÓN, Bayamón, Puerto Rico).

RESUMEN

Objetivo: Este artículo profundiza sobre las nociones de salud mental y condición de salud mental en un grupo de niños/as y jóvenes de 10 a 17 años participantes de servicios de salud mental en Puerto Rico y analiza las implicaciones de estas construcciones para la política pública y los servicios. Los resultados presentados se hacen parte de una investigación titulada: Ciudadanos/as invisibles: Diversidad de voces sobre la política de salud mental en Puerto Rico.

Método: Para esta investigación se desarrolló un diseño de método mixto secuencial de seguimiento de participantes (Creswell & Plano, 2007). Este artículo solo abordará los datos relacionados a la definición de salud mental y condición de salud mental recopilada a través de la fase cuantitativa y cualitativa. **Resultados:** El 54.8% fueron del sexo femenino y 95.2% fueron pacientes del sistema de atención pública del gobierno. El 64.3% indicó tener una condición de salud mental y 45.2% reportó más de dos años en tratamiento. En la segunda fase, el concepto de salud mental fue definido desde la patología. El concepto de condición de salud mental fue definido desde los síntomas que éstos padecían. Asuntos de estigma fueron resaltados. **Conclusiones:** Los profesionales de la salud deben proveer espacios de escucha y comprender las construcciones alrededor de la salud mental para proveer tratamientos efectivos.

PALABRAS CLAVE: Estigma; niñez y juventud; política pública; salud mental.

ABSTRACT

Objective: This research paper discuss the notions of mental health and mental health condition from a group of children and youth between 10 to 17 years old, all of them participants of mental health services in Puerto Rico. Also, it has the purpose to analyze the implications those constructions have for public policy and services provision. The results are part of a larger study entitled: Invisible citizens: Diversity of voices about the mental health policy in Puerto Rico. **Method:** A sequential mix method approach was implemented (Creswell & Plano, 2007). This article will focus on data related to mental health and mental health condition constructions collected through the quantitative and qualitative phases. **Results:** 54.8% were females and 95.2% received mental health services from the public health care system. 64.3% said to have a mental health condition and 45.2% said to have two or more years in treatment. In the second phase, the mental health concept was identified from a pathology perspective or lack of health. The concept of mental health condition was identified from the symptoms associated to their own mental conditions. **Conclusions:** The mental health professionals should listen and understand these mental health constructions in order to provide effective mental health treatments.

KEY WORDS: Children and youth; stigma; mental health and public policy.

1. Las investigadoras agradecen al National Institute of Mental Health y al Council on Social Work Education por el financiamiento de esta investigación, así como también al Centro para el Estudio de las Diferencias Sociales y la Salud de la Escuela Graduada de Trabajo Social Beatriz Lasalle de la Universidad de Puerto Rico.

E-mail: marinilda75@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En las pasadas décadas, se ha hecho más imperativo para las ciencias la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida, desde la perspectiva de los propios actores. Son múltiples las problemáticas sociales que ha vivido nuestra gente, especialmente los/as niños/as y jóvenes y pocas las investigaciones que han redundado en políticas sociales que den respuesta real para nuestro pueblo. Esto ha generado una visión desesperanzadora en los últimos años y se refleja en problemas asociados con la violencia, las condiciones de salud mental y por consiguiente en el deterioro de la democracia y el ejercicio de la ciudadanía dentro de los espacios políticos-sociales. El estudio de la política pública generalmente ha estado inmerso en una tradición positivista, mirando las problemáticas sociales desde la perspectiva “objetiva” y cientificista, dejando a un lado asuntos de exclusión, estigma, y definiciones socioculturales alrededor de las problemáticas que pretende atender. Sin embargo, la teoría socio construccionista ha comenzado a jugar un papel importante en entender como la política pública trata a unos mejores o peores que a otros y las implicaciones que esto tiene para el ejercicio de la ciudadanía y la democracia (Schnider & Ingram, 2008).

Según Gergen (2007), el socio construccionismo provee el espacio a los actores sociales, para definir desde sus propias narrativas aquellos asuntos que les impactan. En el escenario de la salud mental, por ejemplo, esto cobra mucha importancia en cómo los propios ciudadanos definen el concepto de salud mental versus cómo lo define la política pública y cómo se desarrollan programas de asistencia dirigidos a las comunidades. Custo (2008) define la salud mental desde el socio construccionismo como el desarrollo o deterioro en las distintas prácticas sociales, siendo la salud mental en una comunidad

aquel proceso resultante de sus condiciones de vida, historia y proyectos de los actores sociales. Sin embargo, dichos elementos definidos desde el socio construccionismo raras veces son abordados dentro de la política pública.

Actualmente, el concepto de salud, en el cual se incluye salud mental, es parte de una visión utilitarista que responde a intereses de sectores mercantilistas de nuestra sociedad, como lo son las farmacéuticas y aseguradoras y que es traducida a ausencia de enfermedad (Vargas, 2005). Además, el enfoque individualista enmarcado en la patología o enfermedad, recalca el discurso de la enfermedad como respuesta a la “irresponsabilidad del individuo” sobre su salud y deja afuera el análisis de los determinantes sociales que inciden en la salud de los seres humanos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008). Para sectores comunitarios y organizaciones mundiales, la salud es un concepto holístico en el que se considera al ser humano como un ser integral donde los factores ambientales, psicosociales y económicos inciden en el bienestar del mismo (Custo, 2008; OMS, 2008; Vargas, 2005). Este marco es de gran importancia en la reconsideración de formulación de política, pues los significados que se construyen dentro del contexto social tienen grandes implicaciones en cómo se definen las problemáticas sociales, las políticas sociales, las prácticas administrativas e intervencionistas en los sectores comunitarios por parte de los profesionales y los niveles de efectividad y eficiencia de las mismas en la población en general.

Aunque los procesos psíquicos del ser humano son parte de lo que científicamente define la salud mental, los seres humanos están vinculados a una historia social que de igual manera marca sus vidas. Los procesos sociales, históricos, ambientales, económicos y políticos donde está inmerso inciden en su comportamiento y en su

manera de definir y comprender sus propias condiciones y como actúa frente a ellas. En décadas recientes, investigadores en el campo de la salud mental con niños y jóvenes han realizado múltiples estudios. Sin embargo, éstas han estado enfocadas mayormente en la prevalencia de las condiciones de salud mental y estudios epidemiológicos (Canino, et al., 2004; Jones, Ramírez, Davis, Canino & Googwin, 2008), desarrollo, traducciones, validaciones, y adaptaciones de escalas e inventarios (Bernal, Maldonado, Scharron, 2003; Diaz, Cumba, Bernal, Rivera, 2008; García, Sayers & Martínez-Taboa, 2009), medición psicológica (Bonilla, Bernal, Santos, & Santos, 2003; Bravo, et al., 2001; Porrata & Rosa, 2002; Rivera, Rosello & Bernal, 2005), sintomatología y comportamiento (Bauermeister, et al., 2003; Canino & Roberts, 2001; Duarte & Bernal, 2007; Duarte, et al., 2008; Latimer, Rojas & Edward, 2008; Roselló, Bernal & Rivera, 2008; Roselló & Berrios, 2003; Roselló & Maysonet, 2002) y utilización de servicios y acceso (Alegría, et al., 2001; Bird, et al., 2008). Todas estas investigaciones han aportado a la comprensión de las condiciones mentales desde una perspectiva epidemiológica. Sin embargo, la problemática de la salud mental continúa siendo uno de los principales problemas de salud que aqueja a nuestro pueblo, especialmente a la gente joven (Baerga, 2010).

Al inicio de este siglo, el Censo de Puerto Rico del 2000, estimó que la población de niños/as entre las edades de 4 a 17 años asciende a 856,877. En un estudio epidemiológico realizado por la Dra. Canino y colegas (2004), se demostró que alrededor del 16.4% de los/las niños/as y jóvenes entre las edades de 4 a 17 años de edad llenaban criterios de diagnósticos de desórdenes mentales del DSM-IV con impedimento leve o moderado y de éstos/as un 6.9% llenó los criterios de disturbo emocional severo (Canino, et al., 2004). Sin embargo, el *Plan for*

Comprehensive Community Mental Health Services for Adults with Severe Mental Illness and Children and Adolescents with Seriously Emotional Disturbances for 2006 de ASSMCA reflejó que 32,449 niños/as y jóvenes fueron atendidos en el año 2005. De éstos, alrededor del 88% cumplía con los criterios de disturbo emocional severo, o sea 28,555 de los niños/as atendidos. El Plan identifica unos 59,184 niños/as en necesidad de servicio y estima que 30,629 niños/as con disturbo emocional severo no recibieron el mismo (Estado Libre Asociado, 2005).

Las investigaciones en el campo de la salud mental pediátrica han adelantado la comprensión de las condiciones de salud mental, su existencia y su manejo. Sin embargo, las mismas han carecido de proveer un espacio de escucha a los propios niños/as y jóvenes que sufren las condiciones de salud mental, analizando desde ellos/ellas las construcciones sociales sobre los conceptos de salud mental y condición de salud mental y como dichas nociones tienen injerencia en los procesos de búsqueda de ayuda y provisión de servicios para esta población. El objetivo de este trabajo investigativo es profundizar sobre las nociones de salud mental y condición de salud mental que posee un grupo de niños/as y jóvenes entre las edades de 10 a 17 años participantes de servicios de salud mental en el Municipio de San Juan, Puerto Rico y analizar las implicaciones de estas construcciones para la política pública y la provisión de los servicios de salud mental.

MÉTODO

Los resultados presentados se hacen parte de una investigación más amplia titulada: *Ciudadanos/as invisibles: Diversidad de voces sobre la política de salud mental en Puerto Rico*. La misma fue aprobada por el Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación de la Universidad de Puerto Rico, del Recinto de

Rio Piedras (0809-183). Los objetivos que abarcaron este estudio fueron: (a) Identificar los elementos necesarios para una política pública de salud mental culturalmente solidaria que atienda las necesidades de los niños/as y jóvenes; y (b) Contribuir al enriquecimiento de los modelos de intervención utilizados en el escenario de la salud mental por los profesionales del trabajo social.

Para llevar a cabo esta investigación se desarrolló un diseño de método mixto secuencial de seguimiento de participantes (Creswell & Plano, 2007). En la misma se obtuvieron datos cuantitativos e información cualitativa a través de la administración de 148 cuestionarios, 11 entrevistas semi estructuradas y 4 grupos focales. En estas técnicas de investigación participaron trabajadores sociales en el campo de la salud mental, niños/as y jóvenes con condiciones de salud mental y padres/madres o custodios. Para efectos de esta publicación, sólo se estarán presentando los datos relacionados a la definición de salud mental y condición de salud mental recopilada a través de los 42 niños/as y jóvenes con condiciones de salud mental que fueron partícipes de ambas fases del estudio.

Los datos cuantitativos recopilados en la primera fase fueron analizados utilizando los programas de análisis estadísticos SPSS y para el análisis de la información recopilada dentro de la segunda fase del estudio se utilizó el programa de análisis cualitativo N Vivo.

RESULTADOS

Los resultados presentados se dividen en dos partes: resultados de la fase cuantitativa del estudio y resultados de la fase cualitativa del estudio.

Resultados fase cuantitativa del estudio

Los datos presentados dentro de esta fase fueron recopilados a través de un cuestionario suministrado a los participantes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Niños/as y jóvenes entre las edades de 10 a 17 años de edad, ambos sexos, con un diagnóstico relacionado a una condición de salud mental y que se encontrara bajo tratamiento ambulatorio por al menos cinco meses en el sector público o privado al momento del estudio. El cuestionario exploraba las siguientes áreas: (a) datos demográficos, (b) experiencia con los servicios de salud mental, (c) recursos comunitarios, y (d) política pública en la provisión de servicios de salud mental. El mismo fue revisado con la población y una vez adaptado, se procedió a la administración del mismo tomando el consentimiento de los padres/madres de los participantes así como el asentimiento del niño/a o joven.

De los resultados cuantitativos se desprende que el 54.8% (N=42) de los participantes reportaron ser del sexo femenino y 45.2% (N=42) del sexo masculino. Todos eran puertorriqueños/as, auto identificándose el 52.4% (N=42) de éstos/as con la raza blanca, 24% (N=42) con la raza negra y el 24% (N=42) restante con otras razas. El 88% (N=42) de los jóvenes informaron residir en el Municipio de San Juan o áreas adyacentes al area metropolitana (Carolina, Toa Alta).

El promedio en la distribución por edad y sexo entre los participantes de 10 a 17 años de edad fue parecido entre diferentes grupos de edades. Observé que dentro del grupo de 10 a 12 años de edad, 52.6% (n=19) estaba comprendido por participantes del sexo masculino en comparación con 47.4% (n=19) en el caso de las participantes del sexo femenino. Los participantes entre las edades de 13 a 15 años estaban distribuidos en 46.7% (n=15) participantes del sexo masculino y 53.3%

(n=15) participantes del sexo femenino. Las participantes del sexo femenino tuvieron mayor representación en el rango de edad de 16 a 17 años en comparación con los del sexo masculino quienes fueron sólo 25% (n=8) de los participantes. Todos los/las participantes se encontraban estudiando al momento de la investigación con excepción de un sólo participante que informó no estar en la escuela. De estos estudiantes, poco más de la mitad informó recibir servicios del Programa de Educación Especial del Departamento de Educación.

En cuanto a la experiencia con los servicios de salud mental, del total de niños/as y jóvenes encuestados (N=42), el 64.3% (n=27) expresó haber tenido una condición de salud mental y el otro 35.7% (n=15) no haber tenido una condición de salud mental. Del 64.3% que indicó tener una condición de salud mental, 66.7% (n=27) mencionó tener sólo una, siendo el Déficit de Atención la más identificada con 55.6% (n=18) de los casos encuestados, seguido por el diagnóstico de Depresión con 27.8% (n=18), el Post Trauma con 5.6% (n=18) y 11.1% (n=18) reportaron tener otros tipos de condiciones de salud mental.

El 95.2% (N=42) de los participantes de este estudio eran beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, mejor conocido como la Reforma. Sólo 4.8% (N=42) de los participantes tenían planes médicos privados. Todos los participantes señalaron haber estado recibiendo servicios de tratamiento con un mínimo de tiempo de cinco meses. Esto último contrasta con la respuesta de los participantes, donde 35.7% (n=42) indicó no haber tenido ninguna condición de salud mental. Un dato de relevancia para este estudio fue que 45.2% (N=42) de los participantes indicaron tener más de dos años recibiendo servicios de salud mental, lo que pudiera implicar mayor experiencia y conocimiento del funcionamiento del sistema de servicios de salud mental.

Por otro lado, uno de cada tres participantes que indicaron haber tenido alguna condición de salud mental, mencionaron recibir un sólo tipo de servicio para tratar su condición, siendo el servicio principal los medicamentos o farmacoterapia con 55.6% (n=9) de los casos encuestados. El 33.3% (n=9) identificó la terapia psicológica y sólo 11.1% (n=9) indicó grupos de apoyo como tratamiento principal. Además, los resultados reflejaron que 50% (N=42) de los participantes de este estudio recibieron tratamiento en más de un centro o clínica de salud mental.

Resultados fase cualitativa del estudio

Por la naturaleza del método seleccionado, los participantes de la segunda fase, fueron participantes de la primera fase. Estos fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios adicionales: (a) mostraron interés al igual que su padre/madre para participar en la segunda fase del estudio durante el proceso de la encuesta, (b) realizaron algún planteamiento en las preguntas abiertas de la encuesta que fueran de interés para los objetivos de esta investigación, (c) verbalizaron experiencias en el escenario de la salud mental durante el proceso de la encuesta, (d) tuvieron uno de sus padres participando en la primera fase, y (e) disponibilidad del padre/madre para la participación del niño/a o joven en la entrevista.

Del análisis de la información obtenida se desprendieron las siguientes dimensiones: (a) salud mental, (b) descripción de servicios de salud mental, (c) ciudadanía y participación democrática, (d) trabajo social y quehacer profesional en salud mental, (e) economía y política del Estado, (f) elementos esenciales para política alterna. De estas dimensiones emergieron un total de 25 categorías de análisis. Para efectos de este trabajo, se estarán discutiendo las categorías definición de salud mental y definición de condición de

salud mental dentro de la dimensión de salud mental.

Definición de salud mental. El concepto de Salud Mental ha sido definido de múltiples maneras, por diversas organizaciones profesionales en el campo de la conducta humana y de la medicina. La OMS (2007) indica que:

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La Ley de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada (2008), en su exposición de motivos, define salud mental como:

...el estado de bienestar resultante de la interacción funcional entre la persona y su medio ambiente, y la integración armoniosa en su ser de un sinnúmero de factores, entre los que se encuentran: su percepción de la realidad y su interpretación de la misma; sus necesidades biológicas primarias y la forma de satisfacerlas; sus potenciales psíquicos, mentales y espirituales, y el modo de elevarlos a su máximo nivel; su sentido del humor y su capacidad para disfrutar de los placeres genuinos que la vida nos ofrece; su confianza en sí mismo y el reconocimiento de sus limitaciones,...(Estado Libre Asociado, 2000).

Ambas definiciones mantienen una visión abarcadora de lo que es o debería ser la salud mental en los seres humanos. Para efectos de este estudio, la investigadora tenía el interés de explorar con los

participantes su entendimiento sobre el concepto salud mental. Ellos/ellas definieron el concepto salud mental como una condición de salud mental, partiendo de la insuficiencia de salud y la patología. Un niño/a definió el concepto como: "...significa pa' ayudar a la gente cuando está en problemas, cuando están en problemas, así como yo que estoy en, como yo que estoy aquí por ansiedad. Hay personas que están aquí por psicológico, y loquitos también que están" (EN12E). Otro niño en entrevista verbalizó: "...como si eso, como la salud, este, como si uno..., como si yo estuviera mal de la mente y eso es una enfermedad..." (EN11E). Por otro lado, una joven participante, a quien se le preguntó que entendía por salud mental expresó:

Bueno pues, este pues, este, salud mental, pues muchas personas pues que tienen muchos problemas y pues hay personas que saben, como te digo, este, saben cómo sobrellevar las cosas y las situaciones que le pasan pero a otros no, no se les hace tan fácil y, pues deciden ir a unas clínicas donde los, los ayuden a cómo, a que le den herramientas para cómo solucionar esos problemas que ellos tienen. (EN34E).

Las definiciones aquí presentadas están enmarcadas en el discurso de la enfermedad o carencia de la salud. Desde el marco socio construccionista, dichas nociones están concebidas desde las propias experiencias de los/las actores/as y matizadas por las esferas culturales, sociales, económicas y políticas (Gergen, 2007). La concepción de la salud mental desde el campo de la política pública en Puerto Rico se ha enfocado en la enfermedad y no en la prevención de la misma. Dicho discurso sostiene la creación de unos servicios limitados al tratamiento para la angustia, las intervenciones con las crisis y la patología. Este discurso ha estado matizado por la política foránea

norteamericana y ha tomado mayor auge en décadas recientes con el desarrollo del modelo neoliberal y su incursión en el mercado de la salud a través de las farmacéuticas y compañías aseguradoras privadas, donde la enfermedad se hace necesaria para el consumo de los servicios.

Definición del concepto de condición de salud mental. El concepto de condición de salud mental fue de igual manera definido por los participantes a través de las entrevistas semi estructuradas. En ocasiones, cuando se percibió confusión con el término, se le solicitó al participante que definieran un niño/a o joven con condición de salud mental. Los/as niños/as y jóvenes enfocaron más la definición del concepto “condición de salud mental” o “niño con condición de salud mental” a nombrar trastornos o condiciones específicas que ellos/ellas conocían o tenían y los síntomas asociados:

Hiperactividad es que, que no me puedo estar quieto y Déficit de Atención es que, este..., que me espaseo en otras cosas, este que...Un ejemplo, la maestra está diciendo algo y yo estoy atento y después me pasa como una mosca por ahí y la empiezo a mirar... (EN11E).

Es, como este, es como...con, con descontrolamiento, no tener control de mí mismo, y este y que uno no está atento a lo que le dicen (EN42E).

Un problema que tiene....este en el interior (EN36E).
Pues que a lo mejor el nene es hiperactivo, a lo mejor como quien dice tiene otra cosa, otra enfermedad que es salud mental o depende de la... de la familia (EN28E).

Definitivamente problemas, y lo que me diga, porque eh, yo hablo por mí, puede que sea la situación de otra persona, pero hablo por mí porque yo soy una persona que a

veces no sé cómo controlarme y cómo saber llevar las cosas de la mejor manera y por eso es que a veces uno piensa negativo, pero... pueden ser muchas preocupaciones, este, cosas que, problemas que sienten que no saben cómo, como salir de eso, entonces... (EN34E).

A esta misma participante se le preguntó si ella consideraba que tenía una condición de salud mental, a lo que respondió:

No, porque ya yo considere una condición de salud mental es que yo no pueda..., por ponerlo así, como valerme por mí misma porque ya una persona que no está bien, es una persona que uno tiene que estar al lado de ella llevándola, ayudándola y yo creo que es más una condición así como, mi condición es situación que...necesito la ayuda exacto, para yo poder sobrellevarla (EN34E).

Esta última joven habían tenido ideaciones e intentos suicidas en el pasado. Es importante señalar que ella no fue la única joven que indicó no tener una condición de salud mental. Varios niños/as y jóvenes manifestaron de igual manera desconocer las razones para sus visitas a los centros de tratamiento, pese a que la mayoría llevaban dos años en servicios de tratamiento. Este dato pudiera dar explicación a los resultados dentro de la fase cuantitativa donde el 35.7% indicó no tener condición de salud mental alguna pese a que 45.2% llevaba más de 2 años en tratamiento. Algunas líneas de discusión que pudieran contribuir a este análisis son: (a) la construcción social sobre el concepto condición de salud mental desde la locura e incapacidad mental, imposibilitando una vida independiente en el niño/a o joven que la padece. Esta construcción tiene implicaciones en la participación de la población juvenil en los servicios de salud mental; (b) la identidad jurídica históricamente provista al niño/a como persona “menor de edad”, irracional,

sin capacidad para consentir, participar u opinar y a quien solo se le protege. Dicha noción ha sido trasladada al espacio terapéutico, limitando la participación de estos/estas en sus procesos de recuperación; y (c) las experiencias de estigmatización desde el colectivo y las agencias que están llamadas a brindarles los servicios de apoyo (ej. Programa de Educación Especial), propiciando procesos de autoexclusión como mecanismos de protección.

DISCUSIÓN

Desde el socio construccionismo, los conceptos salud, salud mental, condición de salud mental son nociones que la gente definen y construyen socialmente basado en las condiciones de vida, las interacciones sociales, la historia, la cultura y otros elementos dentro de su propia existencia humana (Gergen, 2007). Estos elementos que matizan el discurso de los actores sociales están enmarcados y limitados por las esferas dominantes y fuerzas socio-económicas y culturales (Miranda, 2000). Según Gergen (2007):

Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación (p.1).

En el campo de la salud mental con niños/as, jóvenes y familias, este fundamento pudiera verse claramente expuesto en cómo ellos/ellas perciben la salud mental. Los conceptos de salud mental y condición de salud mental definidos desde las voces de los/las participantes de este estudio quedaron matizados por las experiencias individuales con la sintomatología y las construcciones

sociales que enmarcan dichas nociones. En cuanto a las definiciones de salud mental, éstas estuvieron enfocadas desde el padecimiento de aquellos que agonizan la condición o sufren los embates en la provisión de servicios, cuya definición estuvo enfocada en la enfermedad o carencia de la salud.

Este discurso sobre la patología pudiera analizarse de múltiples formas comenzando con cómo se ha concebido la política pública misma de salud mental hasta asuntos relacionados a experiencias de estigmatización de los participantes. En relación a la construcción de este concepto desde la propia política pública, la ley conocida como Ley de Salud Mental de Puerto Rico, sostiene en sus artículos un discurso de intervención con la patología y no de prevención a la misma. Dicho discurso enmarca el diseño e implementación de los servicios para la población desde una perspectiva de la enfermedad. Las llamadas clínicas o centros de tratamiento son identificados y definidos por diversos sectores para precisamente intervenir en la vida de las personas o tratar las situaciones cuando éstas se agudicen, así que los mismos están identificados con el malestar, la angustia, la enfermedad, entre otros.

El discurso desde la patología trascendió de igual manera con relación a la definición de condición de salud mental. Interesantemente, 36% de los/as niños/as y jóvenes no reconocieron tener alguna condición. Esto pese a que cerca de la mitad llevaba más de dos años recibiendo servicios de tratamiento para su condición. En una ocasión una joven que había sufrido un episodio de intento de suicidio dos meses previos a su participación en este estudio verbalizó no tener condición de salud mental alguna. De la segunda fase de esta investigación emergen tres posibles explicaciones a esta situación. Primero, la propia construcción social por parte de los participantes sobre el concepto de condición

de salud mental. Las verbalizaciones de ellos/ellas apuntaban al discurso de la locura y el impedimento mental que lleva consigo la imposibilidad de una vida independiente. Interesantemente, este discurso estuvo más acogido por los jóvenes, quienes presentan menos niveles de asistencia y participación en los servicios de salud mental, que por los/as niños/as. Esta definición tiene implicaciones trascendentales en cuanto a la utilización de los servicios de salud mental por esta población.

Los estudios científicos en el campo de la salud mental han demostrado no solo la sub-utilización de los servicios de salud mental por parte de la población juvenil, sino la alta prevalencia de las condiciones en éstos/as (Canino et al., 2004). El que un joven no reconozca que las dificultades, frustraciones, sentimientos de soledad y angustias que enfrenta están relacionadas a la vulnerabilidad de su salud mental, pudiera resultar en que éste no busque ayuda o se niegue a recibirla. La actual Ley de Salud Mental de Puerto Rico en su artículo 10.01 reconoce el derecho condicionado de todo joven de 14 años o más a recibir servicios de salud mental sin el consentimiento del padre/madre (Estado Libre Asociado, 2000). Esta legislación pudo haberse concebido bajo dos propósitos primordiales. Primero, dar el espacio a que los jóvenes acudan por sí mismos a los servicios de salud mental, especialmente cuando no poseen los recursos o apoyos familiares. Segundo, reconocerles la capacidad que ellos/ellas tienen con relación al manejo de su propia salud mental. Sin embargo, este derecho puede estar siendo no reclamado por la población juvenil. Si partimos de los resultados de este estudio, el problema de acceso a los servicios de salud mental está más vinculado a las propias construcciones sobre lo que significa salud mental y condición de salud mental para los jóvenes.

Esto sugiere entonces una potencial razón para que los jóvenes no lleguen a los

servicios o los que reclaman los servicios, no mantengan un seguimiento continuo prolongado. En ocasiones esto les lleva a encontrar vías alternas para manejar estas emociones o conductas como lo pudieran ser conductas de riesgos, entre ellas el uso de sustancias ilegales. Ello de igual manera pudiera explicar el perfil de jóvenes que se encuentran en las instituciones juveniles, donde el promedio posee entre 16 y 17 años de edad y se estima que el 60% de estos posee condiciones severas de salud mental nunca antes tratadas. Además, estadísticas de la Administración de Instituciones Juveniles (2010) indican que el 96% de los jóvenes en dichas instituciones entre los 16 y 17 años de edad eran desertores escolares, tuvieron problemas de disciplina y eran usuarios de drogas al momento de su arresto.

La segunda explicación con relación a la definición de condición de salud mental y su percepción sobre la existencia de una condición de salud mental en sus vidas, es la falta de integración del/la niño/a y joven dentro de los servicios de tratamiento, asumiéndolo como un ente pasivo receptor de un servicio donde todas las explicaciones y recomendaciones se procesan a través de los familiares o custodios. En ocasiones algunos/as niños/as desconocían las razones por las cuales visitaban la clínica de tratamiento pese a que llevaban tiempo considerable recibiendo servicios. De acuerdo con Conde (2005), el derecho vigente en Puerto Rico como en los Estados Unidos parte de la premisa de que los menores son irracionales y por esto hay que protegerles. Esta conceptualización jurídica se adentra en el espacio terapéutico, donde se concibe al/la niño/a como un receptor en el proceso de recuperación, incapaz de poder tomar responsabilidad sobre sí mismo y se asume que quien debe poseer el conocimiento del proceso terapéutico y definir su problemática es el adulto que le acompaña. El que un niño/a no pueda comprender las razones por la cual asiste a un proceso terapéutico y ni siquiera pueda

identificar por sí mismo cuáles son las situaciones que lo llevan allí, podría tener un resultado contraproducente en su proceso de recuperación.

La tercera posible explicación a estos contrastes sobre condición de salud mental y la negación de ello en la vida de los participantes son sus propias historias de estigmatización. Estas experiencias han sido determinantes en el proceso de auto identificarse como un/a niño/a con condición de salud mental. Partiendo del marco teórico Socio construccionista, se sostiene que los conceptos tales como salud mental, condición de salud mental y necesidades se construyen en sociedad. De igual manera se ha planteado la ciudadanía y la participación democrática como elementos que se vulnerabilizan en aquellos que quedan excluidos por el sufrimiento emocional o la angustia mental y peor aún por el peso del estigma que recae sobre ellos. Como consecuencia, se auto excluyen para protegerse de la respuesta social que reciben.

La estigmatización los coloca en una posición vulnerable ante los demás y los segrega del resto de la población. Las formas en que se estructuran los servicios educativos para esta población contribuyen a este proceso de estigmatización y segregación dentro del ambiente escolar, a quienes se les identifican como “los loquitos” o “los de educación especial”, con una connotación negativa. Estas experiencias pudieran dar explicación a la negación de ellos/ellas a identificarse dentro de las entrevistas y encuestas como niños/as y jóvenes con condiciones de salud mental.

Por otro lado, los procesos de ventilación sobre estas experiencias de rechazo no siempre se dan a conocer por parte de esta población. Los/as niños/as al igual que los jóvenes tienen menos posibilidades de dialogar con relación a estas experiencias que los adultos que padecen de condiciones de salud mental. Esto pudiera tener tres

razones principales. Primero, los procesos de estigmatización en ocasiones se dan de manera tan sutil por parte de las instituciones del Estado, que no son percibidas por los/as niños/as y jóvenes, pero sí por sus custodios en los procesos de búsqueda de ayuda y reclamo de derechos. Segundo, los/as niños/as no poseen las redes o apoyos de pares que pudieran encontrar los padres y madres para verbalizar estas experiencias con otras personas o recursos comunitarios. Tercero, muchos de los/as niños/as y jóvenes ni siquiera reconocen tener una condición de salud mental y perciben el rechazo por otras razones vinculadas al proceso de aprendizaje o al aspecto físico de éstos.

Los/as niños/as que sufren los embates de las condiciones de salud mental y el estigma asociado a esto, también sufren de otras necesidades que contribuyen a la separación de ellos/ellas de espacios naturales de participación donde pudieran encontrar apoyo como lo es la comunidad y la escuela. Es por esto que se hace pertinente que los profesionales de la salud provean espacios de escucha y comprendan las construcciones sociales alrededor de la salud mental y como ello impacta el acceso a los servicios y al proceso de recuperación de un/a niño/a o joven. Además, es necesario considerar asuntos de estigma alrededor de la salud mental, creando intervenciones para minimizar esta problemática, y garantizar la integración de estos ciudadanos dentro de sus espacios escolares y comunitarios.

REFERENCIAS

- Administración de Instituciones Juveniles (2010). *Perfil de la Clientela*. Accesado en http://www.aij.gobierno.pr/Documentos/perfil_de_la_clientela.htm.
- Alegría M., McGuire T., Vera M., Canino G., Matías L., & Calderón J. (2001). Changes in access to mental health care among the poor and nonpoor: Results from the health care reform in Puerto Rico. *American Journal Public Health*, 9(9), 1431-4.
- Baerga, V. (2010, marzo 14). Innecesariamente cara la salud en Puerto Rico. *Claridad*, Accesado en <http://www.claridadpuertorico.com/content.html?news=94DE8D7B304856266FF3AA4E3D3D9A3D>.
- Bernal, G., Maldonado, M., & Scharrón, M. (2003). Development of a brief scale for social support: Reliability and validity in Puerto Rico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 251-264.
- Bird, H., Shrout, P., Duarte, C., Shen, S., Bauermeister, J. & Canino, G. (2008). Longitudinal mental health services and medication use for ADHA among Puerto Rican youth in two contexts. *Journal of the American Academy of Children Adolescent Psychiatry*, 47(8), 879-889. doi: 10.1097/CHI.0b013e318179963c.
- Bonilla, J., Bernal, G., Santos, A., & Santos, D. (2003). The revised Spanish version of the Beck Depression Inventory: Psychometric properties with a Puerto Rican sample of college students. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 119-130.
- Bravo M., Ribera J., Rubio, M., Canino G., Shrout P., Ramírez R.,... Martínez-Taboa, A. (2001). Test-retest reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(5), 433-444.
- Bauermeister J., Canino G., Bravo M., Ramírez R., Jensen P., Chávez L.,...García P. (2003). Stimulant and psychosocial treatment of ADHD in Latino /Hispanic children. *Journal of the American Academy Children Adolescent Psychiatry*, 42(7), 851-855.
- Canino G. & Roberts R. (2001). Suicidal behavior among Latino youth. *Journal of Suicide Life Threatening Behavior*, 31(Suppl), 122-131.
- Canino G. Shrout, P. Rubio, M., Bravo M., Ramírez, R.; Chavez, L.,... Martínez, A. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment, 2004. *Archives of General Psychiatry*, 61; 85-93. Accesado en www.archgenpsychiatry.com.
- Chavier, R. (2009, marzo). *Crisis de Salud en Puerto Rico*. Ponencia presentada ante el Foro Crisis de Salud en Puerto Rico en San Juan. Accesado en http://asociacionmedicapr.org/president_desk/crisis_salud.pdf.
- Creswell, J. & Plano, V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. California: Sage Publications.
- Conde, J. (2005). *Puerto Rico: Ciudadanos invisibles de un país invisible*. En recurso electrónico: Child Rights Information Network. Accesado en www.crin.org/resources/infoDetail.asp?ID=6672.
- Custo, E. (2008). *Salud mental y ciudadanía: Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Argentina: Editorial Espacio.
- Díaz, M., Cumba, E., Bernal, G., Rivera, C. (2008) Desarrollo y propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia para la depresión en adolescentes (EADA). *Revista Interamericana de Psicología*. 42(2), 218-227.
- Duarte, Y. & Bernal, G. (2007). Suicide behavior among Latino and Latina adolescents: Conceptual and methodological issues. *Death Studies*, 31, 435-455.
- Duarte C., Bird, H., Shrout, P., Wu, P., Lewis, R., Shen, S. & Canino, G. (2008). Culture and psychiatric symptoms in Puerto Rican children: Longitudinal results from one ethnic group in two contexts. *Journal of Children Psychology Psychiatry*, 49(5), 563-572. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01863.x.
- Estado Libre Asociado. Department of Health: Mental Health and Anti-Addiction Services Administration. (2005). *Plan For Comprehensive Community Mental Health Services for Adults with Severe Mental Illness and Children and Adolescents with Seriously Emotional Disturbances for 2006*. San Juan, PR.

- Estado Libre Asociado. Ley Núm. 408 del 2 octubre del 2000, 24 L.P.R.A 6152et sec. (1998).
- García, M., Sayers, S., & Martínez, A. (2009). Desarrollo de un instrumento para identificar la sintomatología obsesiva-compulsiva en niños/as y adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 20, 34-46.
- Gergen, K. (2007). *El movimiento del construccionismo social en la psicología moderna*. Accesado en <http://www.comminit.com/en/node/149894>.
- Jones, J., Ramírez, R., Davis, M., Canino, G. & Goodwin, R. (2008). Suicidal behaviors among adolescents in Puerto Rico: Rates and correlates in clinical and community samples. *Journal of Clinical Children Adolescents Psychology*, 37(2), 448-455. doi: 10.1080/15374410801955789.
- Latimer, W., Rojas, C., & Edward, B. (2008). Severity of alcohol use and problem behaviors among school-based youths in Puerto Rico. *Revista Panamericana de Salud Pública* 23(5), 325-332.
- Miranda, E. (2000). *El trabajo con grupos comunitarios: Protagonistas del proceso de transformación*. San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *¿Qué es salud mental? Sección Preguntas y Respuestas*. Accesado en <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final 2008*. Accesado en http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf.
- Porrata, J. & Rosa, A. (2002). Puntuaciones en el cuestionario de personalidad de niños y adolescentes en tratamiento psicológico en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 13, 61-70.
- Rivera, C., Roselló, J. & Bernal, G. (2005). CDI and BDI inventories: Their validity as screening measures for major depression in a group of Puerto Rican Adolescents. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 5, 485-498.
- Roselló, J., Bernal, & Rivera (2008). Randomized trial of CBT and IPT in individual and group format for depression in Puerto Rican Adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 14(3), 234-245.
- Roselló, J. & Berrios, M. (2003). Diabetes Mellitus Insulino Dependiente y autoestima en jóvenes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 14, 107-125.
- Roselló, J. & Maysonet, M. (2002). Sintomatología depresiva, actitudes disfuncionales, perfeccionismo y auto-concepto en un grupo de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 13(11), 225-241.
- Schnider, A. & Ingram, H. (2008). Social Constructions in the Study of Public Policy. En Holstein J. & Gubrium, J. (Eds). *Handbook of Constructionist Research*. (189-212) New York: The Guilford Press.
- Vargas, J. (2005). Articulando proyectos de salud desde las experiencias y necesidades de la comunidad. *Ethos Gubernamental 2005-2006*, 171-179.