

# Niñez ciudadana: Un abordaje socioconstruccionista a la política de salud mental infanto-juvenil en Puerto Rico<sup>1</sup>

**Marinilda Rivera Díaz<sup>2</sup>**  
*Universidad de Puerto Rico*

## Resumen

Este trabajo tiene el propósito de presentar la situación de la problemática de salud mental infanto-juvenil en Puerto Rico desde los conceptos del socioconstruccionismo y la ciudadanía participativa. Se identifican rasgos sobresalientes y limitaciones dentro de la Ley de Salud Mental en Puerto Rico, según enmendada (Ley 408 del 2 de octubre del 2000) para la población infanto-juvenil con el fin de realizar recomendaciones a la profesión de Trabajo Social y otros profesionales de la conducta para la formulación de una política de salud mental en beneficio de esta población desde los referentes teóricos discutidos.

**Palabras Claves:** *Niñez, salud mental, ciudadanía*

## Abstract

This article has as its main objective to present the current situation of mental health problems among children in Puerto Rico from a socio-constructionist perspective and active citizenship concept. Strengths and limitations of the Puerto Rican Mental Health Policy for children and adolescents are identified, with the aim of establishing recommendations for the social work and mental health related professions, and mental health policy development.

**Keywords:** *Childhood, mental health, citizenship*

---

<sup>1</sup> *Nota:* Este artículo fue sometido a evaluación en agosto de 2010 y aceptado para publicación en febrero de 2011.

<sup>2</sup> Para comunicarse con la autora puede escribir a: [marinilda75@hotmail.com](mailto:marinilda75@hotmail.com).

La injerencia de la política federal en Puerto Rico, el discurso de privatización, amparado en el neoliberalismo y las transformaciones globalizantes en la economía mundial, son elementos esenciales de análisis para la política de salud mental en Puerto Rico. El neoliberalismo se ha insertado dentro de la economía global promoviendo un modelo económico enfocado en la libertad del mercado, en el crecimiento económico y creación de la riqueza, en la privatización del sector público, en el desmantelamiento del estado benefactor o distribuidor, en la canalización de mano de obra barata y la flexibilización del mercado de trabajo (Ander-Egg, 1995). Como consecuencia, el desempleo y la pérdida de trabajo ocupa las vidas de muchos ciudadanos y ciudadanas ampliando las brechas entre las clases sociales, incrementando la pobreza y fragilizando no sólo la estabilidad mental y emocional individual y colectiva de los pueblos, sino su capacidad de ejercer y hacerse valer como ciudadanos y ciudadanas.

De manera que son cada vez más los sujetos que quedan excluidos por no hacerse parte de los procesos que exigen el mercado y la producción de bienes. Custo (2008) coincide en las implicaciones que tiene el neoliberalismo en los sujetos y sostiene que éste va "...generando situaciones de incertidumbre, fragilización, crisis de identidades, de participación, de representación, ruptura del entramado social, el temor de un horizonte que amenaza, produciendo malestar y sufrimiento psíquico del ser humano..." (p.12). Es en este contexto que se manifiestan toda una serie de situaciones conflictivas que amenaza con el quebrantamiento de las relaciones sociales y familiares, el surgimiento de sujetos angustiados, trastornados, fragilizados y doblemente marginados (por la pobreza y por su quebranto emocional y mental) y como consecuencia, el deterioro del ejercicio de la ciudadanía de estos sectores más vulnerables.

Al interior de esta situación, se encuentra una población que ha sufrido los embates de la pobreza y la exclusión social, pero no ha recibido la atención requerida. Me refiero a los niños, niñas y jóvenes. Como resultado, hemos podido ver las manifestaciones de malestar y sufrimiento psíquico de este grupo a través de las altas tasas de maltrato, de suicidio, de homicidios, de uso de sustancias y de desarrollo de trastornos emocionales severos, entre otras. Sin embargo, son pocos los esfuerzos dirigidos a abrir espacios de escucha y reconocerles como ciudadanos y ciudadanas de derechos inscritos en nuestra vida de pueblo.

Este trabajo tiene el propósito de presentar un cuadro sobre la problemática de salud mental infanto-juvenil en Puerto Rico desde los conceptos del socioconstruccionismo y la ciudadanía participativa. Además, se identificarán algunos rasgos sobresalientes y limitaciones dentro de la Ley de Salud Mental en Puerto Rico, según enmendada (Ley 408 del 2 de octubre del 2000), para la población infanto-juvenil con el fin de realizar algunas recomendaciones a la profesión de Trabajo Social y otros profesionales de la conducta para la formulación de una política de salud mental en beneficio a esta población desde los referentes teóricos discutidos.

### **Mirada a la Problemática Actual de la Salud Mental Infanto-Juvenil en Puerto Rico**

La evolución del debate sobre la democracia y los derechos sociales no ha sido capaz de superar la desigualdad histórica que ha llevado a la población de niños, niñas y jóvenes a convertirse en el eslabón perdido y los ciudadanos y ciudadanas invisibles dentro de la política pública en Puerto Rico. El aumento en las diversas problemáticas enfrentadas por la población infanto-juvenil, tales como la pobreza, el maltrato, los homicidios, el suicidio y uso de sustancias tienen grandes repercusiones en el desarrollo de condiciones mentales que angustian a los niños, niñas y jóvenes de Puerto Rico.

La pobreza ha sido una de las causales que ha amenazado con la estabilidad de la niñez. La Annie E. Casey Foundation (2008) identificó en el año 2006, que 555,375 de los niños y niñas en Puerto Rico vivía en condiciones de pobreza, lo que se traduce a un 56% del total de la población infantil<sup>3</sup>. Además, señaló que el 55% del total de la población infantil vivía con padres sin trabajo a tiempo completo en el periodo de un año. Vemos entonces, familias sufriendo los embates del desempleo y la incertidumbre económica, estresores que agudizan el sufrimiento psíquico de los miembros del grupo familiar, incluyendo los niños, niñas y jóvenes, y fragiliza su dignidad. Esto implica en muchas ocasiones un daño real en los vínculos sociales de este sector, lo que pudiera generar un torbellino de comportamientos y sentimientos que inciden en conductas violentas y de riesgo que les amenaza y,

---

<sup>3</sup> Calculado en ingresos menores de \$20,444 con dos adultos y dos menores como miembros del núcleo familiar.

que por tanto, obstruyen su capacidad de defenderse como ciudadanos y ciudadanas y defender aquellos bajo su custodia y cuidado: los niños, niñas y jóvenes.

El maltrato infantil es una de las manifestaciones más serias de violencia que aquejan a nuestra sociedad puertorriqueña y que atenta contra las relaciones de convivencia fundamentadas en el respeto a la dignidad y a la vida de la población infanto-juvenil. El mismo se vincula a una serie de factores, entre ellos la pobreza. De acuerdo con el Departamento de la Familia (2007), en el año 2006 se reportaron un total de 47, 950 niños y niñas activos por casos de maltrato en comparación con el año 2000, cuando se informaron 36,113 niños y niñas activos. El maltrato tiene un serio impacto en el desarrollo físico y de condiciones emocionales de las personas víctimas. El mismo ha sido relacionado con el trastorno de estrés postraumático, depresión, problemas de aprendizaje y uso de sustancias controladas en la población de niños, niñas y jóvenes (Estado Libre Asociado, 2003). Estos trastornos inciden en la conducta de los jóvenes, ya que los pone en riesgo de delinquir y de ser intervenidos por el sistema de justicia juvenil, excluyéndoles en muchos casos de su presencia en la comunidad.

Por otra parte, el homicidio ha sido la causa principal de mortalidad entre los jóvenes varones de 15 a 19 años (Conde, 2005). Conde (2005) indica que desde 1990 a 2000, una de cada dos muertes en los jóvenes ocurrió por homicidio y la tasa de mortalidad estimada por homicidios y lesiones infligidas por otras personas entre jóvenes de 15 a 24 años es la segunda más alta del mundo<sup>4</sup>. En estadísticas más recientes reveladas por el Periódico Primera Hora, se indica que "...el 53% de los asesinados son jóvenes entre 11 y 30 años..." (Aldridge, 2008, septiembre, p. 2). Las otras dos causas importantes de muerte entre los jóvenes se deben a los accidentes de tránsito y el suicidio, relacionadas estrechamente con los trastornos mentales, incluyendo uso y abuso de sustancias controladas (Galarza, 2005).

Para el año 1990, un total de 12 suicidios fueron cometidos por niños, niñas y jóvenes entre las edades de 10 a 19 años en comparación con 25 suicidios en el 1998 y 14 infligidos en el 2001 (Rivera, Fernández, Torres & Parrilla, 2007). El año 2007 marcó un dramático

---

<sup>4</sup> Referencia de la Ceremonia de Inauguración: II Congreso Mundial sobre los Derechos de la Niñez y la Adolescencia celebrada en Lima, Perú en Noviembre 2005.

aumento nuevamente en el suicidio de varones menores de 18 años, según relució en el Informe Anual Estadístico del Instituto de Ciencias Forenses (ICF). Este informe reveló la muerte de siete jóvenes por suicidio, mientras que en el 2006 no se registraron suicidios de menores (Justicia, 2008). Con frecuencia, los jóvenes que cometen suicidios padecen de trastornos emocionales, sentimientos de soledad, frustración y baja autoestima. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no han recibido tratamiento o dichos síntomas no han sido identificados por sus allegados.

El uso de sustancias controladas entre los jóvenes genera de igual forma una gran preocupación con relación a la fragilidad emocional de esta población. De acuerdo con los resultados de la Quinta Consulta Juvenil realizada durante los años académicos 2000-2001 y 2001-2002, las tasas de uso de alguna vez de drogas ilícitas en jóvenes escolares fueron de un 10.5% en el año 1990-1991 a 15.1% en el año 1997-1998 y 13.1% en el 2001-2002 (Rivera, Fernández, Torres & Parrilla, 2007). Estas estadísticas muestran la gran vulnerabilidad de los jóvenes ante el consumo de sustancias controladas que en ocasiones sugiere la presencia de algún trastorno emocional o mental o el desarrollo del mismo como consecuencia del uso de la sustancia.

Este aumento en las diversas manifestaciones de violencias al interior de la población infanto-juvenil, requiere que comencemos a mirar los movimientos económicos mundiales y las políticas públicas locales como generadores de impacto en la vida de esta población, siendo así la salud mental del niño, niña y joven la más alterada y menos considerada. Por ejemplo, al inicio de este siglo, el Censo de Puerto Rico del 2000, estimó que la población de niños y niñas entre las edades de 4 a 17 años ascendió a 856,877. En un estudio epidemiológico realizado por Canino y colegas (2003), se demostró que alrededor del 16.4% (140,528) de los niños, niñas y jóvenes entre las edades de 4 a 17 años de edad llenaban criterios de diagnósticos de trastornos mentales del DSM-IV con impedimento leve o moderado y de éstos un 6.9% (59,125) llenó criterios de disturbio emocional severo (Rivera, Fernández, Torres & Parrilla, 2007). 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 el total de niños, niñas y jóvenes que fueron atendidos en el año 2005 fue 32,449. De éstos, alrededor del 88% cumplía con los criterios de disturbio emo-

cional severo, o sea 28,555 de los niños atendidos (Estado Libre Asociado, 2005).

Este panorama no sólo nos proporciona una perspectiva sobre la realidad que atraviesan los niños, niñas y jóvenes en Puerto Rico, sino que la misma sugiere una fragilización en el sano desarrollo de las futuras generaciones si no damos cabida y apostamos a la construcción de nuevos conocimientos que generen políticas públicas de vanguardia y nuevas formas del quehacer en el campo social.

### **Socioconstruccionismo y Salud Mental**

El socioconstruccionismo como marco filosófico parte de unas premisas conceptuales que pudieran muy bien fundirse con los valores que rigen el quehacer de la profesión del Trabajo Social, los nuevos retos que enfrenta la misma dentro de la sociedad puertorriqueña y los elementos esenciales que enmarcan el Trabajo Social en las comunidades y en escenarios, tales como la salud mental (Rivera, 2006). De acuerdo con Kisnerman (2005), la profesión de Trabajo Social se adhiere al socioconstruccionismo, toda vez que constituye un enfoque epistemológico transdisciplinario y refuta los mitos construidos por la ciencia tradicional. Según Gergen (2007), el socioconstruccionismo provee el espacio a los actores sociales, reconociendo al investigador como uno de éstos, a definir desde sus propias narrativas aquellos asuntos que les impactan. En el caso de la salud mental, el socioconstruccionismo explicaría la conducta de los seres humanos como un resultado de la interacción social de éstos y no desde el interior de la mente.

El socioconstruccionismo plantea varios postulados que retan a una nueva visión dentro de la ciencia, entre éstos reconoce: a) la elaboración del conocimiento por medio de la interacción social, b) la subjetividad como realidad social, c) la existencia de multiplicidad de verdades, d) la producción del discurso humano como resultado de las interacciones sociales, enmarcado y limitado por las esferas dominantes y fuerzas socioeconómicas y culturales (Miranda, 2000) y, e) la comprensión de la acción social desde la perspectiva de los actores.

El socioconstruccionismo sostiene que la gente crea significados a través de su interacción con otros dentro de su contexto social. Por tanto, no existe una elaboración del conocimiento de manera individual, sino de intercambios sociales que plasman cierta significación a

las cosas y a los asuntos del entorno. Gergen (2007) sostiene que:

*Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, como pensaba el positivismo, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social. Por ejemplo, expresiones como 'hombre', 'mujer' o 'enojo' están definidos desde un uso social de los mismos (p.1).*

Custo (2008) coincide en los planteamientos de Gergen (2007) en cuanto a la definición de los criterios de salud mental y enfermedad, indicando que los mismos dependen "...de las diversas culturas, del escenario social, económico y político y del modo de producción y de circulación del conocimiento de dicha sociedad" (p.19). Esto cobra trascendental importancia en cómo los ciudadanos y ciudadanas definen el concepto de salud mental versus cómo lo define la política pública prevaleciente y cómo se desarrollan programas de asistencia dirigidos a las comunidades y sus ciudadanos. En un estudio realizado con participantes de un centro de salud en Argentina, un participante definió salud mental "...cuando todo anda bien en la casa, en el trabajo, en la calle. Por más que duela todo lo que duela, uno anda bien cuando tenes trabajo y tienen en cuenta tu opinión y podes reclamar tus derechos." (Custo, 2008, p.19). No sólo hay un reclamo de bienestar económico como amortiguador de la fragilidad emocional o mental del sujeto dentro de esta definición, sino que resalta la función de la estabilidad económica en el sujeto ciudadano, ayudándole visualizarse a sí mismo como ciudadano y ciudadana de derechos e insertarse en procesos sociales de reclamación.

Si bien es cierto que dichas conceptualizaciones en el área de la salud mental dependen de criterios que se inscriben a la realidad de un pueblo, de igual manera, la política social que pretenda abordar la problemática de la salud mental debe ser determinada por estos factores socioeconómicos y políticos. Guardiola (2005) expresa que:

*Las políticas sociales, en cualquier país son determinadas por la complejidad de factores históricos, políticos, económicos e institucionales. Así por ejemplo, las tradiciones históricas y culturales en el marco de una experiencia colonial dan forma a los rasgos significativos de la política social contemporánea (p.1).*

Es por esto que dentro del contexto de la realidad histórica, política y económica de Puerto Rico en su relación con los Estados Unidos, se concretiza dicha tesis a través de la transferencia de fondos que propician políticas sociales que responde a otro contexto, y que por tanto, nos limitan la creación de proyectos que respondan a las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas puertorriqueñas.

Además, la definición de salud prevaleciente dentro de las políticas y los servicios dirigidos a trabajar la salud mental es parte de una visión utilitarista que responde a intereses de sectores dominantes de nuestra sociedad, como las farmacéuticas y que es traducida a ausencia de enfermedad (Vargas Vidot, 2005). El enfoque individualista enfocado en la patología o enfermedad, recalca el discurso de la enfermedad como respuesta a la “irresponsabilidad del individuo” sobre su salud. No obstante, para sectores comunitarios, la salud es un concepto holístico en el que se considera al ser humano como un ser integral (Custo, 2008; Vargas Vidot, 2005), donde los factores ambientales, psicosociales y económicos inciden en el bienestar del mismo. Es por esto que, el socioconstruccionismo cobra gran importancia, pues las significaciones que se construyen dentro del contexto social tienen grandes implicaciones en cómo se definen las políticas sociales y las prácticas intervencionistas en los sectores comunitarios por parte de los profesionales. Estos últimos se hacen integrantes o sujetos de igual forma del proceso de construcción y deconstrucción del discurso alrededor del concepto de salud mental.

El reconocimiento del profesional como un observador-actor, es un fundamento valioso dentro de este marco teórico. Gergen (2007) expone: “En este caso, posiciona al trabajador social, el observador o investigador como un ser integrado al contexto social que observa y quien construye al igual que los observados, su realidad partiendo de sus experiencias de vida, valores y costumbres” (p. 1). Es dismantelar la retórica tradicional del binomio saber y poder muy bien definido por Michel Foucault (2007) por parte del investigador y posicionarlo frente “al no saber” para construir conocimiento con los otros. La subjetividad se vuelve aliado del observador, que ya no requiere mirar e investigar o intervenir desde afuera, sino que se hace parte del proceso investigativo para construir junto a los sujetos actores dicha realidad desde adentro. Esta realidad se expresa a través de ideas, conceptos, recuerdos, sentimientos, que son dados en el intercambio social, en el diálogo y en el cual el investigador social también se inserta.



Estas interacciones que matizan el discurso de los actores sociales está enmarcado y limitado por las esferas dominantes y fuerzas socioeconómicas 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. Ejemplo: ‘niño’, ‘amor’, etc. Varían en su sentido según la época histórica (p.1).*

En el campo de la salud mental con niños, niñas, jóvenes y familias, este fundamento pudiera verse claramente expuesto en cómo ellos y ellas perciben las condiciones de salud mental. Mi experiencia profesional en este escenario me llevó a reflexionar sobre las diferentes concepciones que en ocasiones tenían los padres versus las madres de una comunidad rural sobre lo que era la presencia de síntomas de desórdenes emocionales en los niños y las niñas. Para algunos padres, los mismos eran señales de desobediencia, malacrianza, reto a la autoridad, y “querer hacer lo que le da la gana”. Para las madres, por el contrario, la presencia de estos síntomas requería de protección, apoyo, entendimiento<sup>5</sup>. Vemos entonces como el conocimiento sobre este particular pudiera estar matizado por asuntos de género y las concepciones culturales dominantes alrededor del mismo.

Dentro de la investigación empírica, este postulado socioconstruccionista queda completamente retado. Pues según Gergen (2007):

*El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc.). Ej.: interpretar una conducta como envidia, enojo o coqueteo puede ser sugerida, afirmada o abandonada conforme las relaciones sociales se desarrollan en el tiempo (p.1).*

---

<sup>5</sup> Es importante puntualizar que en la mayoría de los casos referidos en este análisis, existían relaciones conflictivas de pareja, entiéndase por ello separación, divorcio, violencia doméstica.

Por tanto no requiere de validez científica, ni de corroboración de teorías preconcebidas, ni aprobación de hipótesis para que la misma tenga “valor científico” (Kisnerman, 2005). Su discurso va entorno a la interpretación de los actores y la construcción del conocimiento desde la interacción social en un momento histórico y cultural dado.

La existencia de multiplicidad de verdades o el desmantelamiento discursivo de la realidad absoluta dentro de la ciencia tradicional queda plasmada como uno de los postulados más importantes dentro del construccionismo social. Según Kisnerman (2005), éste considera que la realidad no existe independiente del sujeto. Sino que es el sujeto quien la construye partiendo de su propia narrativa de vida insertado dentro de su entorno social. Con esto, se parte de que el criterio de verdad tiene que ver con los propios sujetos, con nosotros mismos y por lo tanto, son relativos a nuestras prácticas y a nuestras culturas. Por consiguiente, la realidad siempre será realidad para nosotros y la producción del discurso humano será el resultado de las interacciones sociales de las que se hace parte el mismo en un momento histórico dado y dentro de un contexto cultural y político particular. Custo (2008) sostiene entonces la definición de salud mental como la construcción y desarrollo o deterioro en las distintas prácticas sociales, siendo la salud mental en una comunidad como aquel proceso resultante de sus condiciones de vida, historia y proyectos de los actores sociales.

El construccionismo como abordaje filosófico da espacio a la construcción, deconstrucción y reconstrucción de conceptos, tales como la niñez, la adolescencia, la salud mental y ciudadanía les reconoce a estas poblaciones como actores sociales dentro de los procesos que les impactan. Este marco como bien supone Kisnerman (2005), “...exige una auténtica participación democrática de los actores en toda la elaboración y realización del proyecto de reconstrucción...” (p.229). En otras palabras, el construccionismo da pie al reconocimiento del niño, niña y joven como ciudadano y ciudadana, reconociendo la comprensión e interpretación de éstos sobre sus propias necesidades, respetando su individualidad, valores y expectativas y, prestándole importancia a su voz dentro de los procesos investigativos y de la construcción, deconstrucción y reconstrucción de los servicios de salud mental dentro de sus comunidades. Veamos entonces cómo se construye el concepto de ciudadanía desde la niñez.

## Apuntes sobre el Concepto de Ciudadanía

El concepto de ciudadanía ha sido definido en diversos tiempos de la historia, sin embargo una de las concepciones más aceptadas es la definida por T.H. Marshall a mediados del siglo XX, durante el periodo de la ortodoxia de postguerra, en términos de la posesión de derechos en los ciudadanos y ciudadanas (Escobar, 2001). T.H. Marshall veía la ciudadanía como una manera de asegurar que cada miembro fuera tratado en su plenitud dentro de una sociedad de iguales (Escobar, 2001). Esta concepción de Marshall descompone el concepto de ciudadanía en tres elementos: los derechos civiles, los derechos políticos y los derechos sociales de la gente (Escobar, 2001). Dicha forma de visualizar la ciudadanía responde a una forma de ciudadanía que según Escobar (2001), forma parte de sociedades capitalistas, donde ser ciudadano implica un sentido de pertenencia, que a su vez promueve una forma de igualdad básica. No obstante, la ciudadanía según Marshall, requiere de una relación entre derechos y participación. Esto es, que en la medida en que un ser humano se sienta parte de una comunidad, siente el deber de participar y exigir que se le cumplan sus derechos.

El concepto de ciudadanía ha estado presente en sociedades democráticas, pero se ha hecho más evidente en aquellas "...históricamente frágiles y en las que las situaciones de exclusión y de discriminación interpelan la idea de sociedad como "el conjunto de ciudadanos con igualdad de derechos ante la ley" (Melano, 2001, p. 173). En sociedades capitalistas, de igual manera la materia de ciudadanía no ha sido una concesión simplemente de la burguesía o clase dominante, si no que fue adquirido por las luchas de los propios actores ante las posiciones de desigualdad y exclusión, especialmente de la clase pobre. De acuerdo con Melano (2001),

*...la preocupación de los pobres por la inclusión social (en el mercado y en el consumo de bienes y servicios) no parece poner en peligro al sistema. Aparecen tendencias que van desde la búsqueda de la salvación individual, pasando por la implementación de nuevas estrategias de vida, hasta aquellas autodestructivas mediante las cuales el ciudadano introyecta como propias las dificultades que conlleva este pasaje a una nueva matriz de relaciones sociales (p. 187).*

Esto trae como consecuencia la desconfianza política entre la propia gente, el sentimiento de responsabilidad ante las dificultades del Estado en satisfacer necesidades y cumplir con los derechos de la ciudadanía, aumentando sus angustias, enfermando su psiquis y su cuerpo, y finalmente, reduciendo su participación en asuntos públicos que les afectan.

Desde el año 2000, se ha venido discutiendo un nuevo concepto de ciudadanía, llamada “ciudadanía activa” en Chile<sup>6</sup>. Según Escobar (2001), este concepto se aborda desde el Estado y las políticas públicas, específicamente políticas sociales. Según este nuevo concepto, las oportunidades y restricciones de la ciudadanía tienen que ver con la calidad del vínculo social y para poder lograr la acción ciudadana se hace imperativo fortalecer los vínculos sociales. Para esto es necesario trabajar con el sentido de pertenencia, la estabilidad emocional de los individuos y la inclusión social. Esto es, pensar la ciudadanía desde los vínculos sociales más que desde la política, potenciando aún más la acción ciudadana y resultando en políticas sociales que promuevan las responsabilidades ciudadanas y que aspiren a una mejor sociedad (Escobar, 2001).

En esa aspiración a una mejor sociedad, es que hoy por hoy, se hace más necesario la participación activa de la ciudadanía en materias, tales como la salud, la educación y la vivienda, entre otros. La injerencia de las políticas neoliberales en la cuestión social ha provocado específicamente dentro del escenario de la salud una demencia en la provisión de los servicios, victimizando a las poblaciones que requieren los mismos. En Puerto Rico, con la Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico, la población puertorriqueña acogida a este plan, ha presenciado no sólo el desmantelamiento de los servicios de salud, sino también el enriquecedor mercado de las farmacéuticas y las aseguradoras para el manejo de salud insertando sus agendas capitalistas dentro de la política de salud mental en Puerto Rico y generando innumerables consecuencias en la psiquis de nuestra sociedad. Frente a todas las situaciones deshumanizantes y falta de horizontes de vida que atraviesan los niños, niñas y jóvenes en Puerto Rico se hace necesario repensar propuestas que den paso a la construcción de una política pública

---

<sup>6</sup> Esto se basa en unas conferencias tituladas Desarrollo Humano en Chile celebradas en el 2000.

de salud mental que reconozca al niño, niña, joven y su familia como ciudadanos y ciudadanas con derechos y responsabilidades y, segundo, como actores sociales en interacción con su medio ambiente. Esto resultará en la construcción de un saber sobre la salud mental más sensible a esta población.

### **Los Niños, Niñas y Jóvenes como Ciudadanos con Derechos y Responsabilidades: Un Asunto de Inclusión y Justicia Social**

De acuerdo con Melano (2001), “Ser ciudadano supone ser portador de derechos, reconocerse titular de derechos, tener la posibilidad de su reconocimiento, participar en forma directa a través de representantes en la defensa de sus intereses, conociendo a quien lo representa, y tener la posibilidad de ejercer el control de los actos de gobierno” (p.174) . El niño, niña o joven como ciudadano de derechos y deberes ha sido materia de poca investigación dentro de las políticas sociales. Sin embargo, al igual que los adultos, éstos poseen derechos y deberes que les confiere una posición no sólo dentro de nuestra sociedad puertorriqueña, sino también a nivel mundial.

La declaración de Ginebra en 1924 es la primera manifestación pública de la comunidad internacional sobre la situación de la niñez, en este caso como producto de la primera guerra mundial. Posteriormente, el noviembre 20 de 1959, la Asamblea general de las Naciones Unidas proclamó la Declaración de los Derechos del Niño, y 20 años más tarde (1979), se declaró el Año Internacional de la Niñez. Como parte de estos esfuerzos por reconocer la niñez, el año 1985 también fue proclamado como el Año Internacional de la Juventud (Díaz, 2008).

A nivel local, en el año 1930, Puerto Rico a través del superintendente de escuelas, el Sr. Severino Torrens, promulgó la Constitución de Derechos de la Niñez, bajo la administración del Presidente Hoover. La misma reconoce al niño y la niña como ciudadanos y enuncia 19 derechos que le protegen y cobijan, entre ellos el derecho a la vivienda, la recreación física y mental, la accesibilidad a los servicios de salud y bienestar, entre otros<sup>7</sup>. Diez años más tarde, Puerto Rico aprue-

---

<sup>7</sup> Estos y otros derechos establecidos en la Constitución de los Derechos de la Niñez aparecen redactados en las páginas 3 y 4 de las Memorias del Primer Congreso del Niño de Puerto Rico. Reunido en la ciudad de San Juan, Puerto Rico del 4 al 7 de diciembre del 1941.

ba por resolución legislativa el Primer Congreso del Niño de Puerto Rico en el año 1941. En este Congreso se abarcaron áreas de discusión sobre la niñez puertorriqueña, tales como la salud, la justicia, y la educación (Memorias del Primer Congreso del Niño de Puerto Rico, 1943).

Luego de estos esfuerzos locales iniciales, la visibilidad de la niñez dentro del marco jurídico y de derechos quedó silente hasta el 1998, cuando el Estado Libre Asociado de Puerto Rico redactó la Ley 338 del 31 de diciembre de 1998 mejor conocida como la Carta de Derechos del Niño de Puerto Rico. Esta carta reconoce que es la responsabilidad del Estado lograr el máximo desarrollo y bienestar de todos los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 21 años de edad. Entre los derechos reconocidos se encuentran: el vivir en un ambiente adecuado en el hogar de sus padres y en familias donde se satisfagan sus necesidades físicas y disfrutar el cuidado, afecto y protección que garantice su pleno desarrollo físico, mental, espiritual, social y moral; y ser protegido por el Estado de cualquier forma de maltrato o negligencia que provenga de sus padres o de personas que lo tengan bajo su cuidado.

El reconocimiento de la niñez a nivel de los derechos, no sólo permite la edificación de una protección que les cobije y la construcción de su propia identidad, sino que también construye el ciudadano (Kisnerman, 2005). De acuerdo con Díaz (2008), formar ciudadanía en, desde y para la democracia implica: contar con espacios y oportunidades que promuevan y accedan a aprender habilidades y concepciones democráticas y ciudadanas, asumir los deberes y derechos que socialmente se han acumulado como herencia cultural, lo que conlleva a la participación activa en los procesos públicos, constituirse como nuevo sujeto en aspectos simbólicos, éticos y, por lo tanto, subjetivos que le confieran un sentido de identidad y pertenencia a una comunidad (Díaz, 2008). Si bien es cierto que a través de los años se han realizado esfuerzos por reconocer al niño, la niña y al joven puertorriqueño como ciudadano y ciudadana de derechos, no es menos cierto que no hemos trascendido a un discurso de inclusión, respeto a los derechos y apertura de espacios de participación para esta población en asuntos que les impactan, como lo es la salud mental.

La violación de derechos se hace parte a diario de las instituciones llamadas a protegerle. Esto es evidenciado en demandas civiles realizadas al Departamento de Educación por incumplimiento con los

derechos de los niños, niñas y jóvenes con condiciones especiales, con la admisión de niños, niñas y jóvenes en unidades psiquiátricas sin cumplir con criterios de admisión o síntomas de trastornos emocionales sólo por que los tribunales y el Departamento de la Familia no poseen los recursos para brindarle un hogar seguro y finalmente, la reclusión de jóvenes que han trasgredido la ley como consecuencia de la existencia trastornos mentales severos nunca identificados ni tratados<sup>8</sup>. Es entonces que les posiciona en una situación de mayor vulnerabilidad, exclusión social y desigualdad, y por consiguiente aumentan las condiciones sociales, físicas, mentales y emocionales que les afectan y hace cada vez más limitante su capacidad de participación.

### **Los Niños, Niñas y Jóvenes como Actores Sociales en Interacción con el Medio Ambiente y la Política Social**

Cobra urgencia entonces la necesidad de comenzar a abrir nuevos espacios de participación para aquellos/as que aunque reconocidos como sujetos de derechos, no se les confiere el titular de ciudadano/a en su plena manifestación. Históricamente, los asuntos que conciernen a los niños, niñas y jóvenes han sido concebidos y tratados desde las mentes de los adultos evitando que éstos puedan pronunciarse de forma activa y desvalorizando su capacidad de incidir dentro de los procesos que más les inquietan. De acuerdo con Kisnerman (2005): “Hay que reconocer la capacidad de negociación que tienen niños y jóvenes, para reinsertarlos en la educación, en alternativas sanas de actividades recreativas, artísticas, laborales, comunitarias, a través de las cuales puedan expresarse y realizarse, ...” (p.194). Reconocer su capacidad de insertarse socialmente, es empezar a reconocer que la significación de ciudadano o ciudadana no apela solamente al ser adulto, mayor de edad y que ellos y ellas también, desde sus comunidades, familias, escuelas, y otros espacios sociales tienen vivencias que pudieran hacer crecer a la sociedad.

En el caso de las agencias que proveen servicios para la niñez, éstas ni siquiera han sido un agente educativo para la democracia y la ciudadanía, y crean políticas que restringen más la participación de los

---

<sup>8</sup> Hoy día la población infanto-juvenil con trastornos severos es de una 6.9% del total de la población de niños y jóvenes con condiciones de salud mental en Puerto Rico.

niños, niñas y jóvenes a la luz de su propia protección o bienestar<sup>9</sup>. De acuerdo con Díaz (2008), cada una de las personas e instituciones que son parte de estas agencias deben pensar y pensarse como sujetos constructores de humanidad, para precisar los ámbitos específicos desde los cuales van a intervenir en este proceso de construcción social. En el campo de la salud y bienestar, la literatura establece algunas recomendaciones dirigidas a trabajar con el concepto de ciudadanía en niños, niñas y jóvenes. Díaz (2008) expone el establecimiento de programas humanitarios en el área de la salud, específicamente en sus modalidades de atención primaria y secundaria que tengan en cuenta a los niños y a las niñas en aspectos como higiene, procreación, planificación familiar, embarazos resultantes de violaciones, maternidad y paternidad precoz, enfermedades de transmisión sexual y salud mental. En asuntos concernientes a construcción de ciudadanía, Díaz (2008) propone: a) la creación de programas educativos, en los cuales se forme a la población infanto-juvenil sobre los valores ciudadanos, ética civil, democracia y principios de convivencia; b) desarrollo de programas de derecho alternativo, en los que se realicen procesos educativos mediante los cuales se conozca la legislación que protege a la niñez y se adopte la legislación internacional que protege a los menores; c) desarrollo de programas de investigación y desarrollo comunitario centrados en: supervivencia, desarrollo personal de niños, protección de la niñez y juventud, y su participación como actores sociales. Además, propone: d) la presencia de programas de comunicación social en los que éstos sean denunciadores de los abusos contra la población de niños y niñas y que éstos puedan mostrar experiencias exitosas de movilización social, en particular desde las acciones de la población infantil y juvenil.

---

<sup>9</sup> Niños víctimas de maltrato a quienes no se les confiere el derecho a juicio por circuito cerrado, exponiéndosele a experiencias legales agonizantes; niños quienes están bajo procesos legales de custodia y no se les provee un espacio para manifestarse en relación con sus deseos y sentimientos; niños obligados a mantener relaciones paternofiliares mientras existen casos activos de maltrato y abuso sexual por parte del padre agresor, jóvenes en instituciones juveniles quienes son obligados por los tribunales a someterse a tratamiento psiquiátrico a cambio de su libertad, entre otros, múltiples incidentes. Son éstos los procesos que hacen que las agencias llamadas a proteger y velar por el mejor interés de la población infantil y juvenil le priven de ejercer su ciudadanía.



**Acerca de la Nueva Ley de Salud Mental:  
Apuntes desde el Socioconstruccionismo y la Ciudadanía**

*Discusión de los rasgos sobresalientes y las limitaciones en la nueva ley de salud mental sobre la población infanto-juvenil.*

Ante las nuevas desigualdades emergentes, y la vulnerabilidad emocional y mental de los niños, niñas y jóvenes, se hace necesario dar una mirada diferente a las políticas públicas que cobijan la salud mental. La Ley 408 de Salud Mental de Puerto Rico del 2000, según enmendada el 6 de agosto de 2008, tiene como propósitos fundamentales los siguientes: a) actualizar las necesidades de tratamiento, b) proveer servicios adecuados a la población, c) proteger sus derechos a recibir los servicios de salud mental, incluyendo los de los menores de edad, d) promover la erradicación de los prejuicios y armonizar los cambios que han experimentado las instituciones con el establecimiento de la Reforma de Salud, e) establecer los principios básicos y los niveles de cuidado en los servicios prestados, y f) destacar los aspectos de recuperación y rehabilitación como parte integrante del tratamiento así como la prevención. La misma se circunscribe a la necesidad de atemperar los servicios a las nuevas demandas de la población protegiendo sus derechos. Para propósitos de este trabajo, estaré mirando los capítulos relacionados con menores dentro de la Ley de Salud Mental, según enmendada (capítulos del 7 al 11), en la identificación de elementos sobresalientes y limitaciones que abordan su propósito. Empezaré por resaltar aquellos elementos sobresalientes o distintivos de la ley.

1. Focaliza una sección distinta para las disposiciones en el tratamiento a niños, niñas y jóvenes con trastornos mentales y crea una carta de derechos para los menores en servicios de salud mental. Ambos elementos han estado presentes desde la creación de la Ley de Salud Mental implementada en el 2000 y recientemente enmendada. Esta carta de derechos contempla lo siguiente: recibir atención médica, psiquiátrica y psicológica, recibir una educación y adiestramiento que propenda al pleno desarrollo de su personalidad, preparar o adiestrar para obtener educación vocacional, ocupacional o empleo, actuar de manera individual o colectiva en la búsqueda de soluciones a sus agravios y problemas, y respetar su auto-

mía en todo lo relacionado con los asuntos que afecten su vida.

2. Reconoce al usuario de drogas y alcohol como un paciente de salud mental. Este elemento fue enmendado, pues por los pasados ocho años el usuario de drogas no era tratado como un paciente mental. Esto tuvo implicaciones en la exclusión de estas personas dentro de los servicios de salud mental, y revalidó la noción del usuario como “uno inmoral”, “con poca vergüenza”, llevando a unos niveles sin precedentes la estigmatización y exclusión social de esta población. Esto ha sido evidenciado en el aumento en las tasas de adicción y uso de sustancias, y en la de los usuarios, quienes son cada vez más jóvenes.
3. Brinda importancia a la calidad de los servicios, aunque en la práctica se vea imposibilitada por la falta de mecanismos claros en la ejecución de la misma dentro de la Ley. Una de las nuevas enmiendas a la Ley 408 disminuye de 30 a 20 días para que las querellas realizadas por los jóvenes o custodios sean atendidas, propiciando de esta manera que dicha población reclame servicios que satisfagan sus necesidades. Esto va a temperado con brindar un espacio para el ejercicio de la ciudadanía en la reclamación de sus derechos dentro del escenario de la salud mental.
4. La Ley 408, recientemente enmendada, define los niveles de cuidado o tratamiento para los niños, niñas y jóvenes, los cuales van desde mayor intensidad y menor autonomía a menor intensidad y mayor autonomía, enfatizando la importancia de iniciar los procesos de tratamientos en ambientes de menor restricción, reconociendo la libertad de todo ser humano y amparándose en una presunción de competencia mental en todo menor de edad. Los niveles de cuidado de mayor intensidad a menor intensidad son hospitalización psiquiátrica, salas o unidades de hospitalizaciones psiquiátricas, emergencias de menores, tratamientos residenciales, parciales o diurnos, ambulatorios intensivos y, por último y de menor restricción, el mantenimiento para menores. De esta manera, se protege la autonomía de todo menor la cual se ampara en la

declaración de derechos para los menores de edad dentro de la Ley 408 y la conservación de los derechos constitucionales retomados en el capítulo siete de la misma. Sin embargo, la misma no es clara en definir los servicios de mantenimiento para menores y tampoco considera los servicios preventivos en salud mental como parte de los niveles de cuidado dentro del proceso terapéutico.

5. Establece una presunción de competencia de todo menor con trastorno mental y requiere la pronta acción de atención cuando los servicios sean reclamados por esta población. La Ley 408 según enmendada resalta que todo menor "...tiene el potencial de recuperación y rehabilitación al recibir los servicios adecuados a su diagnóstico y severidad de los síntomas y signos" (Ley 408, según enmendada, art. 7.03, p.48). Sin embargo, dentro de las enmiendas a la Ley de Salud Mental figura el aumento en la cantidad de días a atenderse casos que no son definidos como "emergencia" de cinco días en la Ley 408 a unos 15 días a partir del pasado 6 de agosto de 2008, desacelerando los procesos de atención a esta población y restando importancia a posibles señales que pudieran prevenir una condición, poniendo en riesgo la estabilidad de éstos<sup>10</sup>.

Dentro de las limitaciones que se resaltan en la Ley de Salud Mental se encuentran:

1. Desarticulación y fragmentación del sistema de educación, bienestar social, justicia juvenil, los servicios de recreación, así como la comunidad en la prestación de servicios, incluyendo los servicios preventivos en salud mental. Esto revalida el discurso de la enfermedad como una causal del sujeto en cuestión y descartan la injerencia de factores sociales y económicos en la estabilidad mental y emocional.
2. Prevalencia del modelo médico mercantilista avalado por el movimiento neoliberal, en el cual las agencias u organizacio-

---

<sup>10</sup> Hay que enfatizar que los referidos a servicios de salud mental son redactados en su mayoría por trabajadores sociales y, en ocasiones, la atención al mismo dependerá de los detalles y la información que sostenga la ponderación realizada para entonces establecer la prioridad de atención.

nes vienen a ejercer un rol de proveedor, reconociéndoseles así dentro de la Ley y el niño, niña, joven, adulto es el paciente beneficiario de servicios. Toda la lingüística en torno a la política pública sostiene el mercado de la salud y no el derecho a la misma.

3. Existe una concentración errónea de la enfermedad mental y el niño como paciente trastornado en lugar del énfasis al bienestar mental, pese a que la Ley reconoce en el capítulo siete la presunción de competencia del niño, niña o joven. De acuerdo con esto, la Ley pudiera muy bien llamarse Ley de Enfermedad Mental y no Ley de Salud Mental. La realidad de nuestro sistema de salud es que no produce la misma, sin embargo posee todos los elementos para propiciar el agudizamiento de las condiciones existentes.
4. Carencia de definición de otros sistemas colaborativos para cumplir con los servicios de apoyo definidos dentro de los servicios de salud mental. No se define la prevención como parte de los tipos de servicios de salud mental.
5. Falta de integración de las familias, jóvenes, niños y niñas en los procesos de toma de decisiones, más allá de las puramente terapéuticas, aunque estas últimas están condicionadas al juicio del “equipo interdisciplinario” o “facultad médica”, según definido en la Ley.
6. No reconoce ni da importancia a las organizaciones de pacientes y familiares de pacientes cuya función es abogar por los derechos que cobijan a esta población.
7. Focaliza en el tratamiento residencial y servicios de hospitalización, enfocando una cultura remediadora en los servicios y no en una política hacia la derogación de los tratamientos restrictivos, fortaleciendo los servicios ambulatorios en los escenarios comunitarios e integrando servicios no tradicionales dentro de la salud mental como lo son: servicios de respiro, servicios de cuidado de niños, destaque de personal de servicios de salud mental en escenarios escolares, servicios recreativos, deportivos y de artes visuales, entre otros.
8. Falta de acciones concretas definidas en Ley para trabajar con

uno de los propósitos de la misma que es la promoción de la erradicación de los prejuicios y estigmas contra la persona que padece de trastornos mentales.

Estas son algunas de las limitaciones identificadas en la Ley 408 de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada en agosto de 2008. Las mismas atentan contra el reconocimiento del niño, niña, joven y su familia como ciudadanos y ciudadanas, pues aunque bien se han definido unos derechos que cobijan a esta población, los procesos de toma de decisiones en relación con el tratamiento, los niveles de participación de esta población en las diferentes fases dentro de la provisión de servicios y la transformación en paradigma dentro de la política pública son todavía áreas grises que requieren trascendencia.

### *Edad, salud mental y socioconstruccionismo*

Ser ciudadano o ciudadana implica ser reconocido como sujeto de derechos dentro de la sociedad, pero también de ejercer participación en áreas que impactan la vida del mismo. Por esto último, pareciese como si la ciudadanía se le adjudicara edad, pues son los adultos los que históricamente han estado asumiendo dichas funciones. Sin embargo, los niños, niñas y jóvenes, sufren todas las problemáticas sociales sin que en ocasiones puedan contar con recursos que les escuchen y les defiendan los derechos. En el caso de la Política de Salud Mental, el adjetivo que impera para describir a esta población es “menores”, refiriéndose a: “...toda persona menor de 18 años” (Ley 408 según enmendada, 2000, p. 12). Este concepto minusválida su capacidad de defenderse y cierra toda posibilidad de intercambio y apertura, aunque le reconozca su autonomía.

Un ejemplo que expone claramente este particular, es el derecho otorgado a los jóvenes de 14 años o más a recibir servicios de salud mental hasta seis sesiones y de uso de sustancias hasta siete secciones sin el consentimiento de los encargados. Una interrogante que pudiera levantarse de este particular es ¿cómo se maneja la reclamación de dichas sesiones al plan médico público o privado del joven en caso de que posterior a la sexta visita el joven decida no continuar el tratamiento porque no desea que sus padres o custodios tengan conocimiento del proceso? ¿Cómo se le respetará y garantizará el derecho a la confidencialidad que le otorga la Ley?

Otro elemento que se hace necesario discutir es la integración

del niño, niña y joven con condiciones de salud mental en actividades comunitarias. Son muchos los niños, niñas y jóvenes aislados de actividades deportivas, educativas y recreativas por “su mal comportamiento” o su “pobre ejecución”, cargando con el estigma de tener un trastorno emocional, cerrándoles espacios de participación en sus comunidades. Tuve la experiencia profesional de conocer una madre que me manifestó no salir con su niño, quien tiene autismo, ni a la iglesia porque “no se sabe comportar” y siente la presión de que las personas le miran como una madre negligente en impartirle disciplina. Resultando en un aislamiento de este niño del resto de la comunidad. La poca participación de esta población afecta su vida de convivencia comunitaria, le incapacita en la creación de redes de apoyo y, por consiguiente, afloran sentimiento de desvalorización hacia sí mismo, pobre autoestima y falta de pertenencia.

Otro asunto referente a la edad o concepción del niño y la niña como menor es la capacidad limitante que tradicionalmente le adjudicamos a poder apoderarse de los procesos terapéuticos. En la actualidad, los servicios de tratamiento se manejan desde el profesional experto y muy poco es lo que se enteran los padres y las madres con relación al tratamiento de los niños y niñas, y mucho menos ellos y ellas entienden las razones por las cuales están siendo tratados. En la medida en que los niños, las niñas y los familiares obtengan información sobre el proceso, se sentirán parte del mismo y participarán activamente en la recuperación. En una experiencia profesional con un niño de nueve años del residencial Luis Llorens Torres, quien estaba en tratamiento por déficit de atención con hiperactividad y cuyo psicólogo había faltado el día de su cita, solicitó por motivación propia ver a otro psicólogo en su hora acostumbrada para compartirle algunos eventos que habían surgido en la escuela. Esto es ejercer su derecho a reclamar un espacio y a ser escuchado.

Por otro lado, la creación de redes comunitarias con jóvenes con o sin condiciones de salud mental, propicia un espacio de formación ciudadana donde se desarrollan actividades filantrópicas, de reclamación de derechos y abogacía, favoreciendo la equidad y la justicia para esta población en la comunidad. Petras (2002) sostiene que “las luchas colectivas incrementan la autoestima y la eficacia personal, crean solidaridad y ofrecen una perspectiva social, todo lo cual reduce la anomía” (p.1). De esta manera, se hace accesible el trabajo colectivo hacia la salud mental de esta población, no desde una perspectiva patologi-

zante como lo enfatiza la actual política.

### **Reflexiones Finales para la Profesión de Trabajo Social y otros Profesionales de la Conducta**

La profesión de Trabajo Social al igual que otros profesionales de la conducta humana tiene la inmediata responsabilidad de analizar aquellas áreas dentro de la política pública que no han sido efectivas en satisfacer las necesidades de la población, ya sea porque no se disponen principios que garanticen la misma o que su concepción, implementación e interpretación no definen las necesidades reales y particulares de la población llamada a atender.

Aunque reconozco, al igual que Kisnerman (2005), que el Trabajo Social no puede erradicar las injusticias estructurales por sí sólo, ni construir una economía solidaria con todos los pueblos donde desaparezca la desigualdad, o afirmar un proyecto socio-político de desarrollo humano, sí podemos contribuir eficazmente en la promoción social y humana de las comunidades; en el apoyo a los grupos más vulnerables en la defensa de sus derechos, en la construcción de nuevos conocimientos desde la propia gente que enmarque acciones educativas y legislaciones afirmativas en beneficio de la población y en la construcción de una cultura de los derechos humanos. De esta manera, estaremos trabajando hoy en beneficio de la salud de los que regirán nuestro pueblo mañana.

### REFERENCIAS

- Aldridge, L. (2008, septiembre). Alarmantes cifras: Nuestra juventud tiroteada. *Primera Hora*, 2-3.
- Ander- Egg, E. (1995). *Diccionario del Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Annie E. Casey Foundation (2008). *2008 Kids count data book: State profile of the child well-being*. Accedido en <http://www.aecf.org/~media/Pubs/Topics/Juvenile%20Justice/Detention%20Reform/2008KIDSCOUNTDataBookStateProfileofChildWell/AEC178%202008KCDB.pdf>.

- Conde, J. (2005). Puerto Rico: Ciudadanos invisibles de un país invisible. *Child Rights Information Network*. Accedido en [http://www.crin.org/docs/Peru\\_Congress\\_Jaime\\_Conde\\_Puerto\\_Rico.doc](http://www.crin.org/docs/Peru_Congress_Jaime_Conde_Puerto_Rico.doc).
- Custo, E. (2008). *Salud mental y ciudadanía: Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Argentina: Editorial Espacio.
- Departamento de la Familia (2007). *Conferencia consultiva plan nacional para la prevención del maltrato a menores en Puerto Rico*. 20 de abril, Guaynabo, Puerto Rico.
- Díaz, A. (2008). *La participación de las niñas y los niños y la formación de ciudadanía*. Accedido en <http://fuentes.csh.udg.mx/CUCSH/Sincronia/losninos.htm>
- Escobar, D. (2001). *La participación ciudadana en los programas de promoción de la salud*. Documento preparado en curso “Modernización y Desigualdad Social”. Universidad de Chile. Accedido en <http://www.ciudadania.uchile.cl/doctostrab.html>.
- Estado Libre Asociado (2003). *Informe del grupo de trabajo sobre política pública en relación a sistema de cuidado de salud mental*. Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción.
- Estado Libre Asociado (2005). *Plan for comprehensive community mental health services for adults with severe mental illness and children and adolescents with serious emotional disturbances for 2006*. Department of Health: Mental Health and Anti-Addiction Services Administration.
- Foucault, M. (2007) *El sujeto y el poder*. Accedido en [www.cholonautas.edu.pe/pdf/](http://www.cholonautas.edu.pe/pdf/)
- Galarza, J. (2005). *Ponencia del Administrador de ASSMCA ante el Sub-Comité de Salud Mental de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico efectuada el 19 de mayo de 2005*. Senado de Puerto Rico.
- Gergen, K. (2007). *El movimiento del construccionismo social en la psicología moderna*. Accedido en <http://www.comminit.com/en/node/149894>.



- Guardiola, D. (2005). *La participación del trabajador social en la política social en Puerto Rico*. Ponencia presentada en el VI Encuentro de política social y derechos sociales. Ciudad de Panamá. 5-8 de abril. Documento inédito.
- Justicia, S. (2008). Aumento en casos de jóvenes suicidas. *Primera Hora*. Accedido en [http://www.primerahora.com/noticia/otras\\_panorama/noticias/aumento\\_en\\_casos\\_de\\_jovenes\\_suicidas/148111](http://www.primerahora.com/noticia/otras_panorama/noticias/aumento_en_casos_de_jovenes_suicidas/148111)
- Kisnerman, N. (2005). *Pensar el trabajo social: Una introducción desde el construccionismo*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Ley número 408 del 2 de octubre del 2000. *Ley de Salud Mental de Puerto Rico*. Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Ley número 338 del 31 de diciembre de 1998. *Carta de Derechos del Niño*. Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Melano, M. (2001). *Un Trabajo Social para los nuevos tiempos: La construcción de la ciudadanía*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Memorias del Primer Congreso del Niño de Puerto Rico. (1943). San Juan, Puerto Rico, del 4 al 7 de diciembre de 1941. Negociado de materiales, imprenta y transporte: San Juan.
- Miranda, E. (2000). *El trabajo con grupos comunitarios: Protagonistas del proceso de transformación*. San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Petras, J. (2002). *Los perversos efectos psicológicos del capitalismo salvaje: Neoliberalismo, resistencia popular y salud mental*. Accedido en <http://www.rebellion.org/petras/petras201202.htm>.
- Rivera, M. (2006). Construyendo un modelo alternativo de trabajo social comunitario: De frente a la salud mental de la niñez y juventud en Puerto Rico. *Revista Serie Atlantea: Política Social y Trabajo Social*, (3). Universidad de Puerto Rico: Proyecto Atlantea.
- Rivera, E., Fernández, N., Torres, A., & Parrilla, C. (2007). *Análisis de la salud de Puerto Rico, Salud Mental*. Documento inédito.
- Vargas Vidot, J. (2005). Articulando proyectos de salud desde las experiencias y necesidades de la comunidad. *Ethos Gubernamental 2005-2006*, 171-179.