



Suma Psicológica

ISSN: 0121-4381

sumapsi@konradlorenz.edu.co

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Colombia

Amar, José; Palacio, Jorge; Llinás, Humberto; Puerta, Laura; Sierra, Eloisa; Pérez, Ana María;  
Velásquez, Bianca

CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL POSITIVA EN MENORES TRABAJADORES DE TOLUVIEJO

Suma Psicológica, vol. 15, núm. 2, septiembre, 2008, pp. 385-403

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212610006>

- ▶ 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

## **CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL POSITIVA EN MENORES TRABAJADORES DE TOLUVIEJO\***

**José Amar<sup>1</sup>, Jorge Palacio<sup>2</sup>,**  
*Universidad del Norte*  
**Humberto Llinás<sup>3</sup>,**  
*Universidad Mainz*  
**Laura Puerta<sup>4</sup>, Eloisa Sierra<sup>5</sup>,**  
**Ana María Pérez<sup>6</sup>, Bianca Velásquez<sup>7</sup>**  
*Universidad del Norte*

### **ABSTRACT**

*The impact that the labor activities can have in the development and quality of life of the working minors is worrisome, especially when these activities*

\* Proyecto de intervención en el marco del Programa para la erradicación del trabajo infantil en la minería artesanal colombiana, financiado por Ingeominas en alianza con el PNUD, ejecutado por la Universidad del Norte a través del CIDHUM con el equipo humano conformado por: José Amar, Camilo Madariaga, José David Quintero, Álvaro Sánchez, María Paulina Jackson, entre otros.

1 Psicólogo, sociólogo e historiador. PhD con grado de mayor en psicología social de Columbia Pacific University. Director del Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano (CIDHUM) de la Universidad del Norte. (jamar@uninorte.edu.co).

2 Psicólogo, PhD de la Universidad Paris X - Nanterre. Coordinador del Doctorado en Psicología de la Universidad del Norte (jpalacio@uninorte.edu.co)

3 Dr. rer. nat. Doctorado en Ciencias Naturales de Universitat Mainz. (hllinas@uninorte.edu.co)

4 Psicóloga, Universidad del Norte. (laura.puerta@gmail.com)

5 Psicóloga, Universidad del Norte. (eloisa.sierra@gmail.com)

6 Psicóloga, Universidad del Norte. (ampel1984@gmail.com)

7 Psicóloga, Universidad del Norte. (bianca.velasquez@gmail.com)

*initiate from early age. The working minors in Toluviejo realise different economic activities, participating, among others, in the calcareous rock operation since they were 7 years old. With the aim of knowing and comparing the quality of life in health and the positive mental health in the minors who work with minors who do not do it, were intentionally selected 191 minors of the school of the town of which 18% indicated to work in their free time. The results threw lower indicators in the working minors, but with little significant results, which indicates that more than the work, the greater problem is the precarious conditions in which the minors live.*

**Key words:** *Working minor, Quality of Life in Health, Positive Mental Health, Toluviejo.*

## **RESUMEN**

*Es preocupante el impacto que las actividades laborales pueden tener en el desarrollo y calidad de vida de los menores trabajadores, especialmente cuando estas actividades inician desde temprana edad. Los menores trabajadores en Toluviejo realizan diferentes actividades económicas, participando, entre otras, en la explotación de rocas calcáreas desde los 7 años. Con el objetivo de conocer y comparar la calidad de vida en salud y la salud mental positiva en los menores que trabajan con los que no lo hacen, se seleccionaron intencionalmente 191 menores del colegio del pueblo de los cuales el 18% indicaron trabajar en su tiempo libre. Los resultados arrojaron indicadores más bajos en los menores trabajadores, pero con resultados poco significativos, lo cual indica que más que el trabajo, el problema mayor son las precarias condiciones en las que viven los menores.*

**Palabras clave:** *menor trabajador, calidad de vida en salud, salud mental positiva, Toluviejo.*

## ANTECEDENTES

**E**n Colombia aproximadamente un millón y medio de jóvenes entre 15 y 17 años (14,5% del total de los jóvenes encuestados por el DANE en 2001), manifestaron estar trabajando con vinculación laboral remunerada, o por cuenta propia o desempeñándose como trabajadores familiares o ayudantes sin remuneración. De ellos el 70% son hombres que están en su mayoría en zonas rurales, y 30% mujeres que están en zonas urbanas. El 36% no asisten a centros de educación formal. Por su parte, la Defensoría del Pueblo indica que son unos 2,2 millones de menores los que trabajan en Colombia.

Toluviejo el municipio más antiguo del departamento de Sucre —descubierto por Pedro de Heredia en 1534— se ubica a 18 km de Sincelejo capital de Sucre. Posee aproximadamente 25.442 habitantes y tiene como fuente principal de ingreso la agricultura, la ganadería, y la actividad minera. Ésta última consiste en la explotación y transformación física de rocas calcáreas para la obtención de piedra caliza triturada, gravilla, granito de mármol, etc.

En este proceso la participación de las niñas, niños y jóvenes es preocupante si se tiene en cuenta que varios estudios ubicaban la iniciación de su vida laboral aproximadamente a los 7 años de edad. Frente a esta problemática se definió un proyecto de intervención en el marco del Programa

para la Erradicación del Trabajo Infantil en la Minería Artesanal Colombiana (PEPTIMA), financiado por Ingeominas en alianza con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), llevado a cabo por la Universidad del Norte a través del Centro de Investigaciones del Desarrollo Humano (CIDHUM).

## EL TRABAJO INFANTIL

El trabajo infantil es toda actividad física o mental, remunerada o no, dedicada a la producción, comercialización, transformación, venta o distribución de bienes o servicios, realizada en forma independiente o al servicio de otra persona natural o jurídica, por menores de 18 años de edad (Organización Internacional del Trabajo - OIT, 2003). En este marco, la OIT, estima que en el mundo unos 126 millones de niñas, niños y jóvenes (con 17 años o menos), siguen siendo víctimas de la explotación en trabajos que atentan seriamente contra su seguridad, su salud y su bienestar, y unos 74 millones de ellos son menores de 15 años. La mayoría de estos niños y niñas viven en África subsahariana y en Asia en situación de pobreza extrema. Gran parte vive y trabaja en zonas rurales, lo cual los hace mucho más inaccesibles que sus pares de las zonas urbanas (IPEC, 2007).

Diferentes argumentos tratan de justificar el porqué los menores trabajan. Uno de los más fuertes considera que el trabajo está muy arraigado en la cultura de diferentes regiones

del país, en las cuales los miembros de la familia lo perciben como una manera de ayudar con la economía del hogar, o bien como una manera de educarlos con buenos hábitos de vida. Desde la mirada de los menores, Cueto, citado en Mitjáns (2001) en la ciudad de Brasilia preguntó a 10 jóvenes trabajadores ambulantes con edades entre 10 y 13 años sobre el sentido que la actividad laboral tenía para ellos. Los resultados arrojaron cuatro tipos de organización subjetiva:

El primero indica que han asumido el trabajo de una forma natural y aparentemente se sienten felices porque pueden satisfacer parte de sus necesidades, apoyan al sustento de la familia y sienten el reconocimiento en la esfera social. El segundo tipo de organización presenta los que se han conformado con la necesidad de trabajar pero si pudiesen escoger, le dedicarían más tiempo al estudio y a los juegos, y ven en el estudio la oportunidad de conseguir una vida mejor. En el tercer grupo están los jóvenes que ven el trabajo como la manera de satisfacer sus necesidades materiales y de reconocimiento social más que el estudio, del cual reconocen su importancia pero no les brinda refuerzos inmediatos ni les satisface las necesidades de aceptación social. El cuarto y último grupo está con los menores que no comprenden bien porqué deben trabajar, lo cual les incomoda y los deja insatisfechos, y sienten una gran necesidad de salir de la rutina de trabajo y estudio, demostrando ne-

cesidades lúdicas acentuadas y carencia afectiva.

En Colombia, las razones que generalmente da el adulto (padre o encargado de las niñas, niños y jóvenes) para permitir o incentivar el trabajo infantil se organizan en cuatro categorías (Departamento Nacional de Estadística - DANE, 2001): porque apoya el sostentimiento económico de la familia y cubre los gastos de la casa (45%); por el gusto del menor a tener su propio dinero (27,4%); por la necesidad del menor a tener que costearse su estudio, y al tiempo lo cual lo aleja de los vicios (16,1%); por creer que el trabajo crea buenos hábitos en los niños y los hace honrados (11%).

De manera especial, en la población de Toluviejo, se observó por parte del Observatorio sobre la Infancia de la Universidad Nacional (2005), que un total de 1.160 menores entre 5 y 17 años trabajaban en la minería, de los cuales 1.059 eran de sexo masculino y 101 de sexo femenino. Los niños inicialmente asistían a los frentes de explotación minera para llevar los alimentos a sus padres, posteriormente se iban adaptando al entorno y terminaban por participar activamente de las actividades productivas, las cuales aprenden por observación o con la guía de los mayores. La distribución de las labores dependía en gran medida de su edad, así entre 5 y 9 años amontonaban piedras y recogían polvillo de piedra, los de 9 años extraían, picaban y cargaban piedras, mientras que los de 16 y 17 manipulaban explosivos.

El 11,38% de los niños afirmaban que eran obligados a trabajar, mientras que el 88,62% restantes indicaban que lo hacían voluntariamente pero la voluntariedad rápidamente se convierte en imposición si se conoce que un 78,7% de los menores contribuyen hasta con un 20% del total de los ingresos familiares, un 19,7% contribuyen entre el 40 y 60%, y un 1,6% aportan más del 60% de los ingresos familiares.

### **SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN MENORES TRABAJADORES**

En general se considera que las niñas, niños y jóvenes que trabajan tienen una salud física deficiente, ya que el trabajo que ejercen los expone a un mayor desgaste físico, riesgos de enfermedades y accidentes propios de las condiciones en que se da su trabajo, a lo cual se agrega la poca o inadecuada alimentación que reciben (Briceño & Pinzón, 2004; Gamlin y Hesketh, 2007; Luna y Pérez, citados por el Observatorio sobre Infancia de la Universidad Nacional, 2005). Además, su desarrollo emocional no es el mejor por enfrentarse a condiciones de aislamiento, degradantes o peligrosas, lo cual no les permite establecer un vínculo emocional adecuado para interactuar, cooperar con otros y desarrollar un buen sentido de identidad.

Su confianza y autoestima disminuyen, y para completar este difícil panorama, no tienen la oportunidad de participar —o lo hacen muy intermittentemente— en actividades educa-

tivas o de recreación, las cuales son esenciales para su desarrollo como personas. Es decir, que limita o impide la participación de los niños y jóvenes trabajadores en espacios donde se realiza la socialización y la construcción de recursos subjetivos para la vida adulta (la familia, la escuela), donde el componente lúdico hace parte de su desarrollo.

No hay duda que la escuela como espacio de aprendizaje, de adquisición de conocimientos y habilidades, y sobre todo de socialización, le es quitado o reducido al niño y joven trabajador, perdiendo el contacto con la producción cultural de la humanidad, y quitándole la interacción con personas mayores que lo valoran por su calidad de estudiante y de persona, y no por el dinero que aporta. De esta manera el trabajo infantil impide el tránsito adecuado de las etapas necesarias para un desarrollo cognitivo, afectivo y social (Mitjáns, 2001; Sampaio, Ruiz & Borsi, 1999).

Por otro lado, la calidad de vida de los menores también se ve afectada por el tipo de vida que afronta. La calidad de vida se refiere a la satisfacción de un individuo con su vida, evaluada por indicadores objetivos y subjetivos, y depende en gran medida de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada persona (Organización Mundial de la Salud - OMS, 1987; Schwartzmann, 2003). En este sentido para Amar y Alcalá (2001), el concepto de Calidad de Vida no se puede definir como una entidad de naturaleza acabada y absoluta, ni reducirla

a sus medios y productos más visibles. Más bien, debe ser fiel al contexto social en el que se enmarca, y tener de referente una perspectiva universal del desarrollo. Sin embargo, el impacto en la salud y en la calidad de vida no siempre es evidente y puede tardar en hacerse evidente, o aún hasta puede ser positivo para la salud.

Según lo planteado por O'Donnell, Van Doorslaer y Rosati (2002), la relación entre salud y trabajo infantil es compleja y toma muchas direcciones tanto negativas como positivas, causales y espurias, por lo cual la búsqueda de causalidades es un ejercicio difícil así parezca evidente una influencia directa. Frente a esto recomiendan que se tomen un importante número de medidas y estimaciones para ser revisadas con cuidado.

En el caso de los menores trabajadores, se ha descrito que las condiciones laborales afectan su salud, al tiempo que se ha observado que la evidencia empírica no es totalmente contundente, lo cual puede deberse entre otros factores a la percepción que cada menor tiene de sus funciones corporales y mentales, observadas por medio del concepto de *Calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS). Este es un constructo multidimensional que aborda la capacidad funcional de la persona y la satisfacción percibida con su estado de salud física, psicológica y social (Argly, 1994; Bowlin 1994; Rajmil, Serra-Sutton, Estrada et al., 2004; Rajmil, Serra-Sutton, Fernández-Lopera, et al., 2004; Serra-Sutton, et al., 2002). Es una conceptualización

útil en esta investigación en la medida que se hace necesario tratar de distinguir en los menores de Toluviejo el impacto del trabajo en su satisfacción con la vida y con la percepción de su salud física y psicológica.

En esta investigación se utilizó la conceptualización de Ware JE Jr, Sherbourne CD, (1992) del *New England Medical Center*, en Boston Massachusetts, con la cual se pretende medir ocho factores genéricos sobre la salud, agrupados en dos grandes dimensiones que se evalúan con el cuestionario SF-36 (véase tabla 1). Por un lado, está la salud física que se define a partir de cuatro elementos que involucran la capacidad para llevar a cabo diversas actividades de la vida diaria, tales como comportamientos de autocuidado o movimiento, la percepción de dolor corporal, la capacidad de llevar a cabo actividades productivas, y la valoración personal del estado de salud. En este sentido, se esperaría que el trabajo a temprana edad incremente en los menores los dolores corporales y la percepción de un estado general de salud física más degradada que otros menores que no trabajan.

Por otro lado, está la salud mental que involucra cuatro indicadores relacionados con el sentimiento de vitalidad, con la capacidad de participar en actividades sociales, el peso de los problemas emocionales en la vida diaria y la percepción del estado de salud mental general. En esta dimensión, el trabajo de los menores podría reflejar bajos indicadores de vitalidad que

harían eco del cansancio físico y mental que las jornadas laborales podrían tener en su percepción de salud. También es de esperar bajas puntuaciones en el estado de salud mental

general si consideramos que el ambiente familiar de los menores trabajadores puede incrementar emociones de tristeza, desesperanza y poca confianza u optimismo sobre el futuro.

**Tabla 1. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36)**

Dimensión	Subescalas	Ítems relacionados con:
Salud física	Funcionamiento físico	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
	Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se pueden realizar o la dificultad de las mismas.
	Enfermedad corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud mental	Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
	Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
	Funcionamiento social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
	Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
	Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Frente a la difícil situación que se espera encontrar en la calidad de vida de los menores, es válido preguntarse por sus fortalezas para lograr sobrevivir en un ambiente hostil. ¿De qué manera pueden sobreponerse a una gran cantidad de carencias que afectan su desarrollo físico, emocional, cognoscitivo, familiar, social? Es aquí donde es útil el concepto de salud mental positiva.

## LA SALUD MENTAL POSITIVA

Según lo expone Jahoda, citada por Lluch, 1999), la salud mental positiva se concibe desde una perspectiva individual, en la cual existe una relación entre los aspectos físicos y mentales de los seres humanos. Tener una buena salud física es necesario, pero no suficiente para tener una buena salud mental. Se puede estar en plena forma física, pero los

aspectos emocionales negativos pueden generar un sentimiento de malestar.

La salud mental positiva (SMP) puede considerarse como la salud mental de las personas psicológicamente sanas, es decir, de aquellas personas que no padecen y no padecerán de trastornos psiquiátricos, lo cual puede corresponder a un 80 ó 90% de la población (Lluch, 2002). Se han establecido algunas delimitaciones para su definición, tal como lo propone Jahoda desde 1958 (citado por Lluch, 1999), quien considera que la ausencia de un trastorno mental es un criterio indispensable pero incompleto para definir la salud mental positiva. El concepto de Jahoda, hace alusión a una característica estable de la personalidad, y no a una condición momentánea por situaciones puntuales, y una salud mental positiva no se caracterizaría por la ausencia de experiencias que generan afectos negativos, sino por la presencia de un mayor número de situaciones de afectos positivos.

Las personas gozan de salud mental positiva cuando encuentran un equilibrio entre lo que ellos esperan de la vida y lo que la vida les ofrece, generándoles un sentimiento de felicidad. En este caso, la felicidad sería

un producto de la interacción persona-ambiente e involucra una predisposición, atributo o valor de la persona y no simplemente un estado emocional transitorio dependiente de las circunstancias. No existen personas completamente sanas en todos sus aspectos, ya que cada uno tiene núcleos enfermos y sanos que se manifiestarían de acuerdo a situaciones determinadas.

Jahoda (citada por Lluch, 1999), proporciona seis criterios generales para evaluar la SMP: 1. Identificar las actitudes hacia sí mismo (cómo se ve la persona a sí misma); 2. Si se tiene una dirección de crecimiento y autoactualización (crecimiento y desarrollo hacia fines superiores); 3. Si se observa una integración entre el equilibrio psíquico, la filosofía personal sobre la vida y la resistencia al estrés; 4. Si se es autónomo (discriminación consciente de los factores ambientales que la persona desea admitir o rechazar); 5. Si se tiene una adecuada percepción de la realidad; 6. Si se tiene un dominio del entorno o en la adaptación al ambiente.

Lluch (1999), partiendo de los criterios propuestos por Jahoda, construyó una escala para evaluar la salud mental positiva en seis factores que se describen en la tabla 2.

**Tabla 2: Factores de la Escala de Salud Mental Positiva**

Satisfacción personal	Implica un alto autoconcepto, sentirse satisfecho con la vida y optimismo frente al futuro.
Actitud prosocial	Es la predisposición "altruista", de ayuda, apoyo y aceptación de los demás a pesar de las diferencias.
Autocontrol	Es la capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas guardando un equilibrio sobre sus emociones, lo cual permite afrontar mejor los conflictos.
Autonomía	Se refiere a la capacidad para tener razonamientos y juicios personales, enfatizando en la independencia y control de la propia conducta, y en la confianza de las capacidades personales.
Resolución de problemas y actualizaciones	Es la capacidad de análisis ante situaciones difíciles que se presentan en la autoactualización vida, abarcando la destreza para tomar decisiones y la adaptación ante situaciones de cambio.
Habilidades de relación interpersonal	Implica la habilidad para entender los sentimientos de los demás, brindando interpersonal apoyo emocional.

En el contexto de los menores de Toluviejo, es necesario identificar si el trabajo es un factor que incide en el desarrollo de su salud y se convierte en un elemento que puede transformar, a largo plazo, su manera de relacionarse con la vida, en el sentido de disminuir o limitar las situaciones de afecto positivo. La observación de la salud mental positiva permitiría identificar qué tan satisfechos se sienten con su situación, y por ende cómo se percibe la interacción persona-ambiente, clave para evaluar el bienestar (felicidad) de los menores.

## METODOLOGÍA

### SUJETOS

A partir de una población de 400 niños y jóvenes de los grados 6º a 11º del

único colegio del pueblo, se conformó la muestra intencionalmente con 191 niños y jóvenes (seleccionados con un 5% de error máximo y 95% de nivel deseado de confianza), de los cuales 109 son de sexo masculino y 82 de sexo femenino (tabla 3). Sus edades están entre 11 y 17 años (promedio de 14,5 años). De esta muestra, se seleccionaron intencionalmente 36 jóvenes que laboraban en las canteras de piedra caliza de manera continua o esporádica, o realizaban alguna actividad laboral en el pueblo (trabajan en casas de familia, atienden tiendas, trabajan en ganadería y agricultura, entre otros). Los 155 restantes manifestaron no realizar ninguna actividad laboral (véase tabla 4).

**Tabla 3. Distribución de la muestra por sexo y trabajo**

Sexo	%	¿Trabajas actualmente?		Total
		Sí	No	
Masculino	Fr	27	82	109
	% de sexo	24,8%	75,2%	100%
	% de ¿Trabajas actualmente?	75%	52,9%	57,1%
	% del total	14,1%	42,9%	57,1%
Femenino	Fr	9	73	82
	% de sexo	11%	89%	100%
	% de ¿Trabajas actualmente?	25%	47,1%	42,9%
	% del total	4,7%	38,2%	42,9%
Total	Fr	36	155	191
	% de sexo	18,8%	81,2%	100%
	% de ¿Trabajas actualmente?	100%	100%	100%
	% del total	18,8%	81,2%	100%

**Tabla 4. Distribución de la muestra por tipo de trabajo**

Tipo de trabajo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
En el acueducto del pueblo	1	,5	18,8
Cuidando niños	2	1,0	
Haciendo limpieza	3	1,6	
En fincas	5	2,6	
Vendedor informal	5	2,6	
Picando piedra	20	10,5	
Total para los menores que trabajan	36	100	
No trabajan	155	81,2	81,2
Total	191	100	100

## INSTRUMENTOS

Las revisiones sobre instrumentos de CVRS en población de menores, indican que es un constructo de múltiples dimensiones que está en plena delimitación por parte de los investigadores con el fin de tener en cuenta las particularidades de cada grupo (Prieto & Badia, 2001; Rajmil, Serra-Sutton,

Estrada, et al., 2001). En esta investigación se utilizó el SF-36, el cual es un cuestionario diseñado por Ware JE Jr, Sherbourne CD., (1992). El SF-36 contiene 36 preguntas que pretenden medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, y detecta tanto es-

tados positivos como negativos de la salud física y el estado emocional, lo cual es muy relevante para la población que se aborda en esta investigación.

Es uno de los instrumentos más utilizados y evaluados por ser una escala genérica que se desarrolló a principios de los noventa para el estudio de los resultados médicos. Proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes clínicos como a la población general (jóvenes y adultos). Presenta buenas propiedades psicométricas evaluadas en más de 400 artículos (citados en <http://www.SF-36.org>), y ha sido adaptado a la población hispana (Alonso et al., 1998). Los sujetos contestan a cada afirmación en una escala de 1 a 5 ó de presencia / ausencia. El SF-36 se puntúa de 0 a 100, y una puntuación mayor indica un mejor estado de salud. El Alfa general obtenido en esta investigación es de 0,77.

El instrumento que evalúa la salud mental positiva es un cuestionario elaborado por Lluch (1999). El cuestionario se responde en una escala Likert de cuatro niveles: Siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca. El Alfa general obtenido es de 0,66. Este instrumento se ha continuado validando con jóvenes y adultos por su autora.

## **PROCEDIMIENTO**

Los jóvenes se seleccionaron del colegio del pueblo o intencionalmente de

las familias participantes al programa para erradicar el trabajo infantil en Toluviejo, el cual involucraba actividades en los ejes de salud y nutrición, educación y recreación, sensibilización social y comunitaria, y proyectos productivos, bajo el enfoque de Bronfenbrenner (1979). Los instrumentos se adaptaron mediante la aplicación de una prueba piloto a 10 jóvenes trabajadores y 5 no trabajadores, con el objetivo de verificar las características de tiempo y comprensión de las preguntas. Posteriormente, se realizó la aplicación grupal a la muestra seleccionada en ambas jornadas del colegio del pueblo. Los datos se analizaron con el programa SPSS 13.0, utilizando el análisis de varianza, la t-student, así como la correlación de Pearson.

## **RESULTADOS**

### **RAZONES DE LOS NIÑOS Y JÓVENES PARA TRABAJAR**

La mayoría de los adultos justifican el trabajo infantil porque éste apoya el sostenimiento económico de la familia y cubre los gastos de la casa (45%) (DANE, 2001). Los menores trabajadores, de manera más acentuada que los no trabajadores, también consideran esta misma razón para justificar su actividad (véase tabla 5). Para los menores trabajadores de 15 a 17 años, a diferencia de los más pequeños, el trabajo representa una ayuda para su desarrollo y los identifica en su rol de

hombres. Se aprecia la manera que todos los menores trabajadores justifican su actividad para compensar la carencia económica probablemente

por razones que se refuerzan en el seno de su familia o su cultura, y además le generan reconocimiento social.

## LA SALUD MENTAL POSITIVA EN LOS MENORES TRABAJADORES

**Tabla 5. Justificación del trabajo infantil**

El trabajo de picar piedra u otros trabajos que hacen los niños y jóvenes es importante porque:	Trabaja	Media*	Desviación típica	F	Sig.
No deja que los jóvenes sean vagos	Sí No	2,29 2,19	1,115 .897	,362	,548
Forma el espíritu trabajador de los jóvenes	Sí No	2,26 2,57	,950 1,050	2,672	,104
En mi pueblo las mujeres se quedan en la casa para hacer los oficios y los hombres deben traer la plata para la comida	Sí No	1,75 2,16	,906 1,076	4,502	,035
Ayuda a tener dinero para la familia	Sí No	1,57 1,90	,608 .831	4,882	,028
Ayuda en el desarrollo de los jóvenes	Sí No	2,09 2,53	,781 .995	6,006	,015
Permite comprar lo necesario para vivir	Sí No	1,74 2,25	,741 .987	8,024	,005

\* La puntuación va de 1 muy de acuerdo, a 4 muy en desacuerdo.

De los 191 menores de esta investigación (sin importar si trabajaban o no), el 15% (29 sujetos) indicaron tener problemas de salud física (dolores en el cuerpo, problemas de respiración y en la visión), y el 3% (6 sujetos) indicaron tener algún problema de salud mental (falta de atención, nerviosismo o estrés). Además, 15 menores afirmaron que en al menos una ocasión habían visitado un psiquiatra o psicólogo por problemas familiares, depresión o baja autoestima, lo cual corresponde a unos 50 menores (26,17%) que han experimentado alguna situación en su vida que afecta su salud física o psicológica.

Sobre las características de la Salud Mental Positiva (SMP) en los menores de Toluviejo, se observó que en la mayoría de los indicadores los trabajadores presentan promedios muestrales más bajos que los menores que no trabajan (véase tabla 6), en las subescalas de satisfacción personal, actitud prosocial y habilidades de relaciones interpersonales. Los menores trabajadores perciben una menor satisfacción con su autoestima, autoimagen, autoconcepto y con la aceptación que perciben de los otros. Estos aspectos pueden generarse en gran medida por diferentes opiniones y comentarios que tienen los compa-

ñeros y amistades de los menores, y a los cuales son más sensibles por la etapa evolutiva en la que se encuentran (Papalia, Wendkos & Duskin, 2004). Pero es muy probable que los menores trabajadores al tener menos tiempo para interactuar con sus pa-

res, no propicien los espacios suficientes para conocer —o cambiar— la percepción que tienen los demás de ellos, lo que cobra relevancia para el juicio de valor que realiza cada menor de sí mismo (Shaffer, 2000).

**Tabla 6. Prueba F de comparación entre los promedios en la SMP de menores trabajadores y no trabajadores**

Indicadores de salud mental positiva	Trabajadores	No trabajadores	F	Sig. (bilateral)
Satisfacción personal	3,2	3,4	5,737	0,018*
Actitud prosocial	3,0	3,2	5,930	0,016*
Autocontrol	2,5	2,7	2,547	0,112
Autonomía	2,8	2,8	0,169	0,681
Resolución de problemas y autoactualización	2,8	2,9	0,940	0,333
Habilidades de relaciones interpersonales	2,6	2,9	7,817	0,006**

\* Diferencias significativas a,05 \*\* Diferencias significativas a,001

Los menores trabajadores indican tener menos actitudes prosociales que los menores que no trabajan, y manifiestan baja capacidad para afrontar situaciones que generan ansiedad y estrés, o situaciones conflictivas, donde pueden tener menos control emocional. Además, se les hace más difícil establecer relaciones con los demás, colocarse en el lugar de los otros y ser más sociables. No hay duda que pierden la oportunidad de explorar sus intereses y desarrollar relaciones estrechas con los otros debido a que el trabajo les demanda tiempo y esfuerzo suplementario, y los lleva a reducir su participación en ámbitos sociales como el colegio, lo cual los deja en desventaja frente a

las habilidades que aprenden sus padres que no trabajan.

En el indicador de autonomía —capacidad para tener criterios propios y garantizar cierta independencia del medio— no se observan diferencias entre los trabajadores y los no trabajadores, cuando se esperaría que el manejo del dinero o la mayor responsabilidad incrementaría en los trabajadores mayores sentimientos de autonomía, lo cual no se cumple.

#### CALIDAD DE VIDA EN MENORES TRABAJADORES Y NO TRABAJADORES

Al observar los resultados obtenidos en 7 de 8 subescalas de calidad de vida en salud —excepto en la Función So-

cial—(véase tabla 7), los menores que trabajan tienen los promedios muestrales más bajos, y presentan coeficientes de variación más altos en sus respuestas, lo cual sugiere que tienen más limitaciones en su salud física y salud mental percibida, y responden de manera más dispersa que los menores que no trabajan. Esto arroja datos a favor de la hipóte-



**Tabla 7. Promedios y coeficientes de variación en las subescalas de CVRS de menores trabajadores y no trabajadores**

Subescalas del SF-36	Trabajadores		No trabajadores		F	Sig. (bilateral)
	Promedio*	CV**	Promedio	CV		
Función física	71,94	37,8	74,08	34,6	,118	,732
Rol físico	68,75	43,8	72,15	36,4	,522	,471
Dolor corporal	74,92	29,5	78,21	20,5	1,056	,306
Salud general	65,94	21,6	70,83	22,4	2,660	,105
Vitalidad	68,97	27,5	73,07	22,0	1,767	,185
Función social	58,09	33,9	55,90	29,0	,355	,552
Rol emocional	63,89	54,9	67,55	50,9	,217	,642
Salud mental	70,22	28,7	71,18	23,6	,041	,841

\* La puntuación va de 0-100, indicando una puntuación más alta, una mejor percepción de la CVRS.

\*\* Coeficiente de Variación.

Al comparar los resultados de los menores de Toluviejo, con los datos de un estudio realizado por Túescamolina, R.; Centeno, H.; De la Ossa, M.; García, N. y Lobo. (2008), sobre la CVRS en los jóvenes de Barranquilla, utilizando el SF-12 (una versión resumida del SF-36), se encontró que en 5 subescalas sobre 8, los menores de Toluviejo presentaron resultados inferiores en su CVRS. En los indicadores de Dolor corporal, Salud general y Salud mental, los jóvenes de Barranquilla aparecen, de forma poco esperada, con puntuaciones más ba-

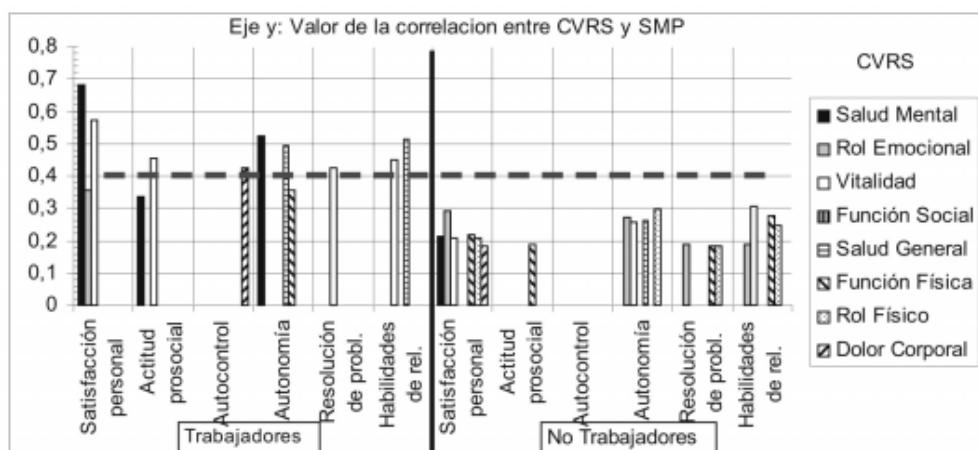
jas que los menores de la zona rural. Este punto de comparación permite afirmar que para un menor, el hecho de vivir en una población rural en la cual puede que trabaje o no —en comparación con una urbana— le brinda más probabilidades de tener una percepción más baja de dolor en su cuerpo, y una mejor percepción general de salud mental y salud física. Sin embargo, se incrementa su percepción de una disminución en su función física, social y emocional, así como una mayor fatiga, siendo privilegiados a la larga los menores que viven en una

zona urbana con respecto a los que viven en el campo.

También, se puede afirmar que la escasa diferencia entre los menores que trabajan y los que no lo hacen puede originarse en las condiciones de vida que los rodean, en la medida que el municipio de Toluviejo no responde a las necesidades de calidad de vida de los niños y sus habitantes sin importar si trabajan o no. Si se considera que la calidad de vida es definida

como la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada con dichas condiciones vitales, así como la combinación de componentes objetivos y subjetivos (Felce & Perry, 1995), se puede decir que estos menores viven en un contexto en el cual es escaso el espacio para la recreación, para una adecuada nutrición, para un buen trato físico, psicológico y emocional, entre otros.

#### CORRELACIONES ENTRE SALUD MENTAL POSITIVA Y CALIDAD DE VIDA



\* Las correlaciones son significativas a los niveles de 0,05 o 0,01 (bilateral). Encima de la línea punteada están las correlaciones más altas ( $r>0,4$ ).

**Figura 1. Correlaciones significativas entre CVRS y SMP según condición de trabajo en los menores\***

A partir de este cruce se sugieren las siguientes tendencias:

- En los menores trabajadores, es más fuerte la relación entre Calidad de vida relacionada con la salud (en especial Salud mental y vitalidad) y la Salud mental positi-

va (satisfacción personal), con respecto a los que no trabajan.

- En la CVRS las subescalas de Función social y Rol físico no correlacionan o lo hacen muy poco con las subescalas de SMP.

- En la SMP el autocontrol es el que menos correlaciona con las subescalas de CVRS.

## **CONCLUSIONES**

Se encontraron evidencias para siete de las ocho subescalas que evalúan la calidad de vida en salud, en las cuales los menores trabajadores presentaron promedios más bajos que los que no trabajan, pero no se observan resultados estadísticamente significativos en la comparación de las muestras. A pesar de esto, los resultados tienden a mostrar que la calidad de vida relacionada con la salud es más baja en los menores trabajadores de esta muestra con respecto a los que no trabajan, tal como lo afirman diversos autores (Sampaio et al., 1999; Mitjáns, 2001), tanto en el componente de salud física general como de salud mental.

Lo anterior significa que los niños y jóvenes trabajadores de Toluviejo que participaron en esta investigación, presentan más problemas de salud física (para realizar actividades intensas como levantar objetos pesados, movilizarse, sentir el cuerpo adolorido) que los menores que no realizan una actividad laboral. No hay duda que los menores trabajadores indican tener un mayor deterioro físico, lo cual se puede explicar debido a que su misma condición de vida favorece un agotamiento físico acelerado que rápidamente disminuye su desempeño en las actividades diarias.

Además, la carencia de tiempo y sobre todo la inexistencia de zonas de esparcimiento para el uso creativo del tiempo libre favorece un desgaste emocional —entre otras cosas— que incrementa el sentimiento de desesperanza y fatiga que a su vez le hace más difícil lograr culminar de la mejor manera diferentes procesos de formación académica.

Es necesario resaltar que la función social en los jóvenes trabajadores, es decir, las relaciones sociales referidas al grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, es la única subescala en la cual los menores trabajadores tienen un promedio mejor que el de los menores que no trabajan. Es decir, que los menores que no trabajan percibían —más que sus pares— que su salud física y los problemas emocionales afectaban más sus relaciones intrafamiliares e interpersonales y obstaculizaban su desarrollo.

Al comparar los resultados de todos los menores con puntuaciones normalizadas de grandes grupos poblacionales se observa una gran diferencia en las subescalas de Salud mental. Esto confirma que el impacto en la calidad de vida de los menores, independientemente que trabajen o no, se opera en particular en sus componentes de Funcionamiento social y Rol emocional, con lo cual los menores que viven en esta zona rural perciben que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de

salud interfieren significativamente en su vida social habitual.

En fin de cuentas, el problema del trabajo infantil es aún gigantesco. Según estimaciones de la OIT, hay más de 250 millones de niños menores de 14 años económicamente activos; siendo Asia y África los de mayor volumen de participación laboral infantil (OIT, 2003). Por otro lado, en Colombia aproximadamente un millón y medio de jóvenes entre 15 y 17 años (14,5% del total de los jóvenes encuestados por el DANE en 2001), manifestaron estar trabajando con vinculación laboral remunerada, o por cuenta propia o desempeñándose como trabajadores familiares o ayudantes sin remuneración. La explicación de esta problemática macrosocial, se ubica para una gran parte de la población, en la pobreza de las familias que requieren un ingreso adicional para poder subsistir, pero si se observa en las familias de los menores trabajadores en Toluviejo, se confirmará que es la educación la gran ausente en sus hogares. El 61% de los denominados ‘cabeza de familia’ poseen sólo estudios de básica primaria, y el 36% accedió a estudios secundarios, un 3% no tienen estudios.

Esta baja formación no les permite apreciar con claridad que el trabajo infantil —sea voluntario o no— en lugar de ayudarlos los está llevando —a ellos y a sus hijos o familiares— a una mayor exclusión social, dificultando más su acceso a condiciones de vida dignas y haciendo más fuerte el lazo que los amarra a las condiciones es-

tructurales de pobreza. Además de la pobreza, hay dos obstáculos fundamentales para vencer: Por un lado, que los padres, empleadores y los demás miembros de la comunidad comprendan que el trabajo infantil, en cualquiera de sus formas, es perjudicial no sólo para los niños y niñas sino para la sociedad entera. Por otro lado, que dejemos la actitud pasiva o permisiva frente al trabajo de los niños que a diario nos encontramos en nuestras vidas.

Para luchar contra este problema —además de los obstáculos— se debe resaltar las fortalezas, sobre todo de los jóvenes. Éstos a pesar de perder muchas oportunidades para explorar sus intereses y desarrollar relaciones estrechas con los otros —debido a que el trabajo les demanda tiempo y esfuerzo, y los lleva a reducir su participación en ámbitos de socialización— demuestran las capacidades que tienen para poder salir adelante a pesar de las condiciones adversas que se les presentan. Ellos se sienten capaces y decididos para afrontar las situaciones que viven día a día, y aceptan lo que su ambiente les puede ofrecer. Se sienten confiados para responder a las demandas del medio y consideran que tienen habilidades para tomar decisiones por ellos mismos. Lo más importante es que a pesar de un cierto grado de pesimismo con respecto al futuro, siempre intentan extraer los aspectos positivos de las cosas negativas que les suceden, lo cual indica una fuerte capacidad de resiliencia, que se debería aprovechar para impul-

sar programas de formación que refuercen su optimismo sobre el futuro.

Por otra parte, la relación que se establece entre la promoción y la salud mental positiva, es que la promoción es objetivo de ésta y consiste en fomentar e iniciar bases brindando una colaboración y soporte a individuos sanos, para intentar disminuir los índices de recurrencia a tratamientos. Es interesante observar que la concepción de la salud mental positiva queda en un tercer plano cuando las necesidades están encaminadas hacia el tratamiento, y hacia la prevención. Lo anterior sucede con frecuencia en los países occidentales debido a que son sociedades desarrolladas pero con recursos limitados lo cual implica definir prioridades, tornando anhelable pero utópico a la vez la concepción de salud mental positiva (Lluch, 1999).

## REFERENCIAS

- Alonso, J.; Regidor, E.; Barrio, G.; Prieto, L.; Rodríguez, C. & De la Fuente, L. *Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Med Clin 1998; 111: 410-416.
- Amar, J. & Alcalá, M. (2001). *Políticas sociales y modelos de atención integral a la infancia*. Ediciones Uninorte. Barranquilla.
- Argly, M. (1994). *Psicología del comportamiento interpersonal* (4<sup>a</sup> ed.), Madrid: Alianza Universidad.
- Bowlin, A. (1994). Conceptualización de la función física, la salud y la calidad de vida, en A. Bowlín (ed.). *La medición de la salud. Análisis de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona, Masson, S.A. 1-13.
- DANE (2001). Encuesta sobre Caracterización de la población entre 5 y 17 años en Colombia, noviembre de 2001.
- DANE (2001). Encuesta Nacional de Trabajo Infantil. Bogotá.
- Felce & Perry (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 16 (1): 51-74.
- Gamlin, J. & Hesketh, Th. (2007). "Child Work in Agriculture: Acute and Chronic Health Hazards". *Children, Youth and Environments* 17 (4): 1-23. Retrieved [April 2008] from <http://www.colorado.edu/journals/cye>.
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis de doctorado en Evaluación en Ciencias del Comportamiento: Metodología y Aplicaciones, Universidad de Barcelona.
- Lluch, M. (2002). *Promoción de la salud mental: cuidarse para cuidar mejor*. Matronas Profesión. Marzo, Nº 7: 10-14.
- Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de un modelo de Salud Mental Positiva. *Revista de Salud Mental*, 25 (4), 42.
- Mitjáns, A. (2001). Trabajo infantil y subjetividad. *Estudios de Psicología*, 6 (2): 235-244.
- OIT. (2003). *III Plan Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Trabajo Juvenil 2003-2006*. Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador - Secretaría Técnica. Bogotá: OIT/IPEC.
- Observatorio sobre la Infancia de la Universidad Nacional. (2005). Bajado en marzo de 2005 de <http://www.observatorioinfancia.unal.edu.co/Extension.htm>
- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E. & Rosati, F. (2002). Child Labour and Health: Evidence and Research Issues. Retrieved [April 2008] from [http://www.ucw-project.org/pdf/publications/chilllabour\\_health.pdf](http://www.ucw-project.org/pdf/publications/chilllabour_health.pdf)
- OMS. (1987). *El trabajo de los niños: riesgos especiales para la salud*. Ginebra: Informe de un estudio de la OMS.
- Papalia, Wendkos & Duskin. (2004). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: MacGraw-Hill.
- Prieto, L. & Badía, X. (2001). *Cuestionarios de salud: concepto y metodología*. Atención Primaria; 28 (03): 201-209.

- Rajmil, L., Serra-Sutton, V.; Estrada, M.; Fernández, M.; Guillamón, I.; Riley, A. & Alonso, J. (2004). Adaptación de la versión española del perfil de salud infantil (Child Health and Illness Profile-Child Edition, CHIP-CE). *An Pediatr (Barc)*. 60: 522-529.
- Rajmil, L., Serra-Sutton, V.; Fernández-López, J., Berra, S., Aymerich, M., Cieza, A., Ferrer, M.; Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (2004). Versión española del cuestionario alemán de calidad de vida con la salud en población infantil y de adolescentes: El Kindl. *An Pediatr (Barc)*; 60, 514-521.
- Serra-Sutton, V., Herdman, M., Rajmil, L., Santed, R., Ferrer, M., Simeón, M.C. et al., (2002). Adaptación al español del cuestionario Vecú et Sante Percue de l'Adolescent (VSP-A): Una medida genérica de calidad de vida para adolescentes. *Rev Esp Salud Pública*. 76, 701-712.
- Sampaio, J., Ruiz, E. & Borsi, I. (1999). *Trabalho precoce e psiquismo infantil*. In: Sampaio, E.; Ruiz, E.; Boris, I. (orgs.). *Trabalho, saúde e subjetividade*. Fortaleza: INESP/EDUECE. 25-31.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia* México: International Thomson.
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Cienc enferm, dic. 9, 2, 9-21.
- Tuesca-Molina, R., Centeno, H.; De la Ossa, M., García, N. & Lobo, J. (2008). La Calidad de vida relacionada con la salud y su relación con determinantes sociodemográficos en una muestra representativa de adolescentes escolarizados de 14-19 años en Barranquilla. Colombia. Salud Uninorte. En revisión. Ed. Uninorte.
- Ware, J. Jr. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care. Jun*; 30 (6): 473-483.

*Fecha de recibido: 9 de junio de 2008*

*Fecha de aceptación: 6 de agosto de 2008*

