

Salud mental positiva y calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Toluviéjo, Sucre

Positive Mental Health and Quality of Life of Adolescent Workers and Non-Workers of Toluviéjo's Municipality, Sucre

Artículo de Investigación Científica y Tecnológica - Fecha de recibo: 22 de enero de 2012 - Fecha de aceptación: 24 de febrero de 2012

Diany Mercado Salgado¹

Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

Camilo Madariaga Orozco²

Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

Marina Martínez González³

Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

Para citar este artículo: Mercado, D., Madariaga, C. & Martínez, M. (2012). Salud mental positiva y calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Toluviéjo, Sucre. *Cultura, Educación y Sociedad* 3(1), 157-174.

RESUMEN

El presente artículo deriva de la investigación que tuvo como objetivo describir la salud mental positiva y la calidad de vida de menores trabajadores y no trabajadores de Toluviéjo, Sucre. Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, descriptiva, con diseño transversal. Participaron adolescentes entre los 11 y los 17 años, quienes respondieron los cuestionarios de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) y de Calidad de Vida SF-36. Los resultados señalan que los trabajos de los adolescentes han variado en contraste con investigaciones previas, dedicándose menos a la minería. No se encontraron diferencias significativas en la salud mental positiva de los adolescentes trabajadores y no trabajadores. Sin embargo, en lo referente a la calidad de vida, la dimensión de vitalidad de los adolescentes trabajadores tuvo una calificación medio baja, de manera que éstos se perciben cansados y con menos energías.

Palabras clave

Adolescentes trabajadores, calidad de vida, salud mental positiva.

ABSTRACT

This article derives from a research that aimed to describe the positive mental health and quality of life of adolescent workers and non-workers of Toluviéjo's municipality, Sucre. The research method used a quantitative approach of a descriptive type with a cross-sectional design. Teenagers aged 11 to 17 participated. They answered Lluch's Positive Mental Health (1999) and SF-36 questionnaires. The results indicate that teenagers' jobs have varied in contrast to previous researches, working less on mining jobs now. No significant differences in positive mental health of young workers and non-workers were found. However, regarding to the quality of life, measured in the SF-36 Health Survey, the dimension of vitality of young workers had a lower average grade, so that they are perceived as tired and with less energies.

Keywords

Teen workers, quality of life, positive mental health.

1 Psicóloga. Magíster en Desarrollo Social. E-mail: dianymms@gmail.com

2 Psicólogo. Doctor en Educación. E-mail: cmadaria@uninorte.edu.co

3 Psicóloga. Candidata a Doctor en Ciencias Sociales. E-mail: mmartine21@cuc.edu.co

INTRODUCCIÓN

En cada momento histórico, el ser humano se ha esforzado por entender la salud y por generar las acciones necesarias para garantizarla, de manera que el concepto ha cambiado significativamente desde entonces hasta nuestros días.

Para la primera mitad de siglo XX, la Organización Mundial de la Salud - OMS proyectaba la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2004), de manera que se asume no solo desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social (Suárez, 2001). La incorporación del factor social como determinante de la salud, además de los tradicionales factores físico y mental, supuso un cambio debido a que la salud dejó de depender en exclusiva del mundo de la sanidad para integrarse también al mundo social. Esto impulsa la consideración de la salud como un derecho social básico de las personas, situando al Estado como garante principal de este derecho.

Conocer la salud de los individuos requiere estudiar los elementos relacionados con la biología de la persona, su ambiente, el sistema de salud que le atiende y los estilos de vida de su comunidad (Mariano, Ramos & Fernández, 2001). Esto debido a que las representaciones y prácticas de salud de las personas no son aisladas de una ubicación en el tiempo y en el espacio, y además están en estrecha relación con la realidad econó-

mica, política, social y cultural de un grupo social (Vergara, 2007).

LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En el proceso de evolución del concepto de salud, la Psicología también respondió a un modelo de salud mental dirigido especialmente a la desaparición de los síntomas patológicos (Keyes, 1998; Díaz, Blanco, Sutil & Schweiger, 2007); por esta razón, la psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina conductual, son los más importantes antecesores de la Psicología de la Salud moderna (Flórez, 2004). En la actualidad la Psicología de la Salud busca la integración de los conocimientos de la ciencia psicológica, y sus extensiones al ámbito de la salud. Además, se han incorporado otras áreas como la social y comunitaria, cuyos aportes se engloban en la aplicación de la Psicología Social de la Salud (Rodríguez-Marín, 1995).

En últimas, la Psicología de la Salud pretende dar mayor fundamento teórico y metodológico a las actividades desarrolladas para promover la salud y prevenir las enfermedades. Para esto, se parte del reconocimiento de la variación humana permanente, tanto en sus factores orgánicos, como de los factores ambientales, el estilo de vida y el ambiente social y su incidencia en el proceso salud-enfermedad (Flórez, 2004). Aunque el desarrollo económico y social ha beneficiado la salud de la población, también ha generado condiciones negativas: riesgos mentales, estilos de vida inadecuados y nocivos, estrés, deterioro ambiental, e inequi-

dad en el acceso a oportunidades de realización personal. En este marco, el comportamiento humano conforma un determinado estilo de vida, de manera que aparece como un factor de gran relevancia en el curso del proceso salud-enfermedad (Flórez, 2004). Por lo tanto, desde el nuevo abordaje de la salud, la psicología no puede conformarse con la intervención para la eliminación de síntomas, dado que esto no garantiza una población mentalmente saludable (Keyes, 2007), sino que debe esforzarse en la prevención, en facilitar herramientas a las personas que les permitan afrontar situaciones difíciles y potenciar sus habilidades (Blanco & Valera, 2007).

La Psicología Positiva

Las tendencias actuales en Psicología de la Salud han conducido a la necesidad de reflexionar sobre los elementos salugénicos en las personas, de manera que se ha ido consolidando una corriente denominada Psicología Positiva. Esta perspectiva abarca al ser humano en su complejidad, buscando comprender los procesos subyacentes a las cualidades y emociones positivas del ser humano, ayudando a resolver los problemas de salud mental con el fin de generar una mejor calidad de vida y bienestar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

La Psicología Positiva propone potenciar las fortalezas humanas, como un amortiguador ante la adversidad. No niega la necesidad de arreglar lo que está mal, sino que también recuerda encontrar las fortalezas de las personas. Esto con el objetivo de de-

terminar los efectos que tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven (Cuadra & Florenzano, 2003). Por definición (Prada, 2005, p. 4) “la Psicología Positiva es el estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo”. El interés de la Psicología Positiva por traducirse en aplicaciones empíricas, la ha llevado a desarrollar conocimiento en este campo para facilitar estrategias para el funcionamiento óptimo de las personas, la promoción y desarrollo que va desde el trastorno a la salud en los niveles individual, grupal, organizacional y social.

En este marco, el modelo de Salud Mental Positiva desarrollado por Marie Jahoda, “proporciona algunas directrices para orientar ‘el diagnóstico’ de la salud mental positiva y guiar el diseño de programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales” (Lluch, 1999, p. 48). Jahoda (1958) estudia la salud mental positiva desde una perspectiva psicológica, pero integra los aspectos físicos y los mentales del ser humano en un proceso de interdependencia (Pérez, Puerta, Sierra & Velásquez, 2007).

El concepto de calidad de vida

El concepto de calidad de vida comienza a difundirse sistemática y científicamente a partir de la década de los sesenta, de manera que en la actualidad su utilización se ha hecho extensiva a diferentes contextos como la salud, la educación, la economía,

la política y una amplia gama de servicios (Gómez-Vela & Sabeh, 2000). Algunos modelos conceptuales sobre la calidad de vida la definen como la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada en dichas condiciones vitales, la combinación de elementos objetivos y subjetivos, de manera que la satisfacción personal estaría ponderada de acuerdo con la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Felce & Perry, 1995).

Siendo así, pensar en calidad de vida implica entender la relación entre el desarrollo humano y la manera como ocurren los procesos que lo constituyen, a partir del reconocimiento de que todo proceso de formación humano está inserto en una cultura en la cual los símbolos, valores y experiencias en ese contexto, definirán su sentido (ICBF, Fundación Bernard Van Leer, Uninorte, 1993). Al respecto, Max-Neef (1993) considera que el desarrollo humano permite elevar la calidad de vida de las personas, la cual depende de las opciones de que dispongan. El mejoramiento de la calidad de vida tiene como epicentro la capacidad de acción humana, sus utopías sobre sí y sobre su sociedad, reconociendo y asumiendo su realidad de una manera activa, transformándola y enriqueciéndola. En este sentido es necesario reconocer la variabilidad de formas de construcción de la realidad que facilitan las formas de comprender el mundo y a los elementos que lo componen (Amar, Abello & Tirado, 2004). El concepto, por lo tanto, implica un abordaje multidimensional que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de

bienestar ‘subjetivo’, que incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales (Palomba, 2002).

La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como:

(...) la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. (Gaviria, 2009, p. 2)

La explotación laboral infantil en Colombia

En el mundo se encuentran millones de niños en condición de vulnerabilidad, lo que en muchas ocasiones los conduce a vincularse a las actividades laborales, que por estar fuera de la legalidad, terminan convirtiéndose en las peores formas de trabajo infantil. Muchos de ellos son explotados, no remunerados y maltratados, de manera que su actividad laboral se constituye en una de las principales causas de vulneración de sus derechos. En 1973 la OIT promulgó el Convenio número 138 —ratificado por Colombia mediante la Ley 515 de 1999— que establece que la edad mínima para trabajar es de 15 años, con excepción de los países con escaso desarrollo, en donde puede fijarse en 14 años de edad. El Convenio 138/73 estableció también que en aquellos trabajos que impliquen peligros para la salud, la se-

guridad o la moralidad de los niños y niñas, la edad mínima para trabajar no debe ser inferior a 18 años.

Las más recientes cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2011) señalan que el número de trabajadores con edades entre los 5 y los 17 años en Colombia pasó de 786.300 en 2007 a 1.050.147 en 2009, un incremento del 34%. Según el DANE (2011), el 36,1% de los niños y niñas argumentan que trabajan para aportar a la actividad económica de la familia; el 30% dice hacerlo para tener su propio dinero; y otros porcentajes menores arguyen que el trabajo los hace honestos (11,9%). El estudio de la entidad arrojó que el sector donde se ubican más niños trabajando es la agricultura (37,3%), seguido del comercio (30,5%); industria (13,6); servicios (7,8%); transporte, almacenamiento, comunicaciones (6,9%); construcción (2,1%); actividades inmobiliarias (1,2%); y minas y canteras (0,5%). También resalta que del total de niños trabajadores, el 50% sea trabajador familiar sin remuneración, seguido de un 28% que trabaja como independiente, un 18% como empleado particular y 3% como empleado doméstico (DANE, 2011).

La baja calidad del sistema educativo y la escasa educación de los padres, aportan al surgimiento y refuerzo del trabajo infantil. Incluso se ha identificado que hasta en comunidades donde hay escuelas, la educación es algo que muchas familias no pueden permitirse aunque sea gratuita, puesto que los ingresos perdidos cuando el niño no tra-

baja se consideran un costo de oportunidad. Además, los padres de estos niños consideran que la educación brindada no responde a sus necesidades (OIT/UIP, 2002). Ahora bien, de acuerdo con los informes de la Organización Internacional del Trabajo - OIT en Colombia (OIT/IPEC, 2005), entre algunas de las consecuencias de este flagelo se encuentra el daño físico, mental, social y moral de los niños y niñas, la interrupción o la deserción escolar y el bajo rendimiento académico que refuerza aún más la idea de deserción. Además, éstos sufren accidentes laborales y son víctimas de violencia física, verbal, abuso sexual y discriminación, que repercuten en problemas de desnutrición, déficit de crecimiento, daños en su integridad física, baja autoestima, estrés, ansiedad y depresión.

Partiendo de los antecedentes mencionados, el presente estudio, desarrollado en el municipio de Tolúviejo, Sucre, población que durante años ha practicado la minería como actividad económica, buscaba responder a la siguiente pregunta problema: ¿Existen diferencias significativas entre la salud mental y la calidad de vida de los adolescentes trabajadores y los no trabajadores del municipio de Tolúviejo, Sucre?

MÉTODO

Tipo de investigación

La presente investigación fue de tipo cuantitativo, descriptiva-comparativa, con diseño no experimental, transversal.

Participantes

Participaron 160 adolescentes con edades entre los 11 y los 17 años, trabajadores y no trabajadores, radicados en el municipio de Tolú, Sucre.

Materiales

Se utilizaron dos escalas:

Escala para la medición de la salud mental positiva. Desarrollada por Lluch (1999). Esta escala fue adaptada por Pérez et al. (2007) al contexto colombiano. El cuestionario está conformado por 39 ítems con carga de evaluación positiva y negativa, donde se pregunta sobre los diferentes factores que componen el modelo de la salud mental positiva (Pérez et al., 2007). La escala consta de cuatro opciones de respuesta, así: siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca.

Cuestionario para medir la calidad de vida (SF-36). Es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados. Fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos. Ha resultado útil para evaluar la CVRS en la población general y en subgrupos específicos, así como para comparar la carga mental de diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes (<http://www.SF-36.org/>). Los sujetos contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala que cuenta con opciones de respuestas que aparecen en cada uno de los ítems del

cuestionario; se organizan generalmente de Excelente (1), a Muy Buena (2), Buena (3), Regular (4) y Mala (5).

RESULTADOS

Los resultados sobre la distribución demográfica de los participantes se pueden detallar en la Tabla 1 (Ver Anexos). En cuanto al género, 54,4% fueron mujeres y 45,6% fueron hombres. Las mayores frecuencias de edad se encontraron entre los 11 y los 17 años, siendo la edad de 15 años la que más se presentó (N=36). Los grados que cursaban los participantes estaban entre 6 y 11 de bachillerato, siendo una gran proporción de 8o. grado (N=40) y el menor número de estudiantes, de 11o. grado (N=14). Del total de 160 estudiantes, 20 eran adolescentes trabajadores y 138 no trabajadores, 2 de ellos no respondieron a esta pregunta. Ahora bien, las edades donde se encontró mayor frecuencia de adolescentes trabajadores estuvo entre los 13 y los 17 años, con una distribución del 15% para las edades de 13, 14 y 15 años, seguidas por el 20% para los 16 años y el 25% para los 17 años (Tabla 2, en Anexos). Entre las ocupaciones identificadas, se encontró mayor diversidad, sin embargo 8 de ellos trabajan en las minas, lo que equivale al 40% (Tabla 3, en Anexos). Este hallazgo fue distinto a lo identificado por Pérez et al. (2007), y por Amar et al. (2008), donde más del 70% de los adolescentes trabajadores participantes se dedicaba a picar piedra en las minas. Esto representa un avance, si se considera que el trabajo en las minas es una de las peores formas de explotación laboral infantil, por

las implicaciones que tiene sobre la salud física y mental de los adolescentes, además de vulnerar muchos de sus derechos.

Salud mental de adolescentes trabajadores y no trabajadores

Este objetivo pretendía dar cuenta de la salud mental en relación con las dimensiones de Satisfacción personal, Actitud prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de problemas y Autoactualización, así como de las Habilidades de Relaciones Interpersonales de un grupo de adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Toluvié, Sucre. Los resultados referentes a este objetivo se pueden observar detalladamente en la Tabla 4 (Ver Anexos). Puntuaciones cercanas a 1 y 2 indican alta presencia de la variable.

Satisfacción personal

Se encontró que los adolescentes trabajadores (N=18) obtuvieron una media de 1,98 (SD=,43) y los adolescentes no trabajadores (N=121) una media de 1,91 (SD=,37). Dado que la prueba t arrojó un valor p mayor que 0,05, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Las puntuaciones de ambos grupos señalan un alto nivel de satisfacción personal en los adolescentes.

Actitud prosocial

Los adolescentes trabajadores (N=16) obtuvieron una media de 1,68 (SD=,41) y los adolescentes no trabajadores (N=118) una media de 1,80 (SD=,56). Dado que la prueba

t arrojó un valor p mayor que 0,05, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Tal como se puede percibir en los puntajes, los adolescentes de ambos grupos presentan un alto nivel de actitud prosocial.

Autocontrol

Se encontró que los adolescentes trabajadores (N=17) obtuvieron una media de 2,11 (SD=,55) y los adolescentes no trabajadores (N=107) una media de 2,12 (SD=,69). La prueba t arrojó un valor p mayor que 0,05, por lo tanto no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Los puntajes obtenidos de los adolescentes indican que ambos grupos presentan un adecuado nivel de autocontrol.

Autonomía

Se pudo identificar que los adolescentes trabajadores (N=19) obtuvieron una media de 2,01 (SD=,54) y los adolescentes no trabajadores (N=128) una media de 2,07 (SD=,67). La prueba t arrojó un valor p mayor que 0,05, por lo tanto no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Los puntajes obtenidos de los adolescentes indican que ambos grupos presentan un adecuado nivel de autonomía.

Resolución de problemas y autoactualización

En cuanto a esta dimensión se pudo identificar que los adolescentes trabajadores (N=18) obtuvieron una media de 2,11 (SD=,66) y los adolescentes no trabajadores (N=123) una media de 2,17 (SD=,58). La

prueba t arrojó un valor p mayor que 0,05, por lo tanto no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Los puntajes obtenidos de los adolescentes indican que ambos grupos consideran tener capacidades altas para la resolución de problemas y autoactualización.

Habilidades de relaciones interpersonales

En lo referente a las habilidades en las relaciones interpersonales, se pudo identificar que los adolescentes trabajadores (N=15) obtuvieron una media de 2,64 (SD=,47) y los adolescentes no trabajadores (N=118) una media de 2,72 (SD=,50). La prueba t arrojó un valor p mayor que 0,05, por lo tanto no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Los puntajes obtenidos de los adolescentes indican una tendencia a 3, lo que indica que ambos grupos consideran que algunas veces muestran habilidades para las relaciones interpersonales.

Calidad de vida de adolescentes trabajadores y no trabajadores

Este objetivo pretendía determinar el nivel de calidad de vida en función de las dimensiones de Funcionamiento físico, Rol físico, Enfermedad corporal, Salud general, Vitalidad, Funcionamiento social, Rol emocional y Salud mental, de los adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Toluviejo, Sucre. Los resultados referentes a este objetivo se pueden analizar detalladamente en la Tabla 5 (Ver Anexos).

Funcionamiento físico

Se encontró que los adolescentes trabajadores (N=16) presentan una media de 2,54 (SD=,61), y los no trabajadores (N=127) presentan una media de 2,53 (SD=,51). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los puntajes sugieren que los adolescentes consideran que tienen un funcionamiento físico entre muy bueno y excelente.

Rol físico

Los adolescentes trabajadores (N=20) presentan una media de 1,65 (SD=,31) y los no trabajadores (N=134) una media de 1,69 (SD=,27), no hallándose diferencias significativas entre ellos. Los puntajes señalan una percepción muy positiva de su rendimiento físico en las actividades que realizan, calificándolo entre excelente y muy bueno.

Enfermedad corporal

Los adolescentes trabajadores (N=20) reportaron una media de 1,65 (SD=,54) frente a los no trabajadores (N=133) con una media de 1,79 (SD=,99). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, los cuales señalan tener un estado de salud entre excelente y muy bueno, que no incide sobre su funcionamiento cotidiano.

Salud general

Obtuvo para los adolescentes trabajadores (N=19) una media de 2,86 (SD=,51), y para los no trabajadores (N=126) una media de 2,97 (SD=,62), que si bien no presentaron diferencias significativas, señala que la percepción de salud general para los dos grupos

se encuentra con una mayor tendencia a la calificación de buena. Esto se refiere a que los adolescentes consideran que no se enferman con frecuencia y que en términos generales se perciben como personas saludables.

Vitalidad

Se encontró que los adolescentes trabajadores (N=17) presentaron una media de 3,39 (SD=,45) frente a los adolescentes no trabajadores (N=123) con una media de 3,07 (SD=,79). La prueba t arrojó un valor p menor que 0,05, por lo tanto se puede decir con un nivel de confianza de 95%, que la diferencia entre los grupos es significativa. Ahora bien, en ambos casos la vitalidad se calificó como buena, encontrándose una tendencia hacia lo regular en los adolescentes trabajadores. Esto podría señalar una percepción de menor vitalidad que podría estar asociada al hecho de realizar actividades laborales que impliquen el uso de la fuerza y el desgaste físico, llevándolos a percibirse ligeramente menos vitales que sus compañeros no trabajadores; esto es, más cansados y con menos energías.

Funcionamiento social

Los adolescentes trabajadores (N=19) reportaron una media de 3,11 (SD=,52) y los no trabajadores (N=122) una media de 3,07 (SD=,97). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Los puntajes en términos generales indican una percepción de un buen funcionamiento social.

Rol emocional

Arrojó en los adolescentes trabajadores

(N=20) una media de 1,62 (SD=,35) y en los no trabajadores (N=134) una media de 1,68 (SD=,34), no hallándose diferencias significativas entre los grupos. Se puede establecer por los puntajes obtenidos que los adolescentes participantes consideran que su funcionamiento emocional se encuentra entre excelente y muy bueno.

Salud mental

Los adolescentes trabajadores (N=16) obtuvieron una media de 3,56 (SD=41), frente a los adolescentes no trabajadores (N=121) que alcanzaron una media de 3,38 (SD=,73). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, la dimensión de salud mental presenta en los adolescentes trabajadores una mayor tendencia a una calificación regular que señala la ocasional presencia de angustia, nerviosismo o tristeza, que podría estar relacionada con las presiones del trabajo y de tener que cumplir con las obligaciones verdaderamente propias de las personas de su edad.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en la investigación señalan una mejoría en los niveles de salud mental positiva de los adolescentes trabajadores y no trabajadores, si bien en la investigación desarrollada por Pérez et al. (2007) se había identificado que adolescentes con características similares presentaban un buen nivel de salud mental. La coherencia entre estos resultados indica que la mayoría de los adolescentes, tanto trabajadores como no trabajadores, que han

participado de estas investigaciones, se encuentran satisfechos con su autoconcepto, con su vida personal, y con la perspectiva del futuro. Los jóvenes autoevalúan las distintas áreas de su vida de manera positiva, dando cuenta de una adecuada autoestima y autoconcepto.

En su búsqueda de la identidad personal, los adolescentes se esfuerzan por verse como personas individuales, distintas de los demás, con unas expresiones físicas y valores propios que deben descubrir y sentir diferentes a los de las demás personas (García & Cabezas, 1998). Así mismo, en esta etapa de la vida se consolida la confianza, la autonomía, la iniciativa y la industriosisidad (Papalia, Wendkos & Duskin, 2004). Por lo tanto, se podría inferir que el hecho de ser menores trabajadores, les produce una aceptación de sí mismos igual a la de sus compañeros no trabajadores, encontrando aprobación familiar por aportar al sustento del hogar, lo cual fortalece su valía como persona.

En la dimensión de actitud prosocial también se halló coherencia con la investigación de Pérez et al. (2007). Los resultados obtenidos señalan que tanto los adolescentes trabajadores como los no trabajadores mantienen buenas relaciones con las otras personas y han desarrollado un sentido de colaboración, posiblemente vinculado a las circunstancias sociales, económicas y culturales que viven, además de la característica propia de la adolescencia de buscar la aceptación y el agrado del grupo (Papalia et al., 2004).

En lo referente al factor de autocontrol, se encontró que en la investigación de Pérez et al. (2007) la mayoría de los adolescentes trabajadores y no trabajadores presentaron una capacidad media para afrontar el estrés de las situaciones conflictivas. Contrariamente, en la presente investigación ambos grupos identificaron en sí mismos una buena capacidad de autocontrol. Esta habilidad les permite posponer la gratificación y conseguir objetivos que requieren de un trabajo continuado a través de la disciplina que se imponen y las tareas que se proponen (Lluch, 1999).

El factor de autonomía en las dos investigaciones arrojó una tendencia positiva en ambos grupos. De acuerdo con Lluch (1999) esta dimensión da cuenta si los sujetos son independientes y autodeterminados en la toma de decisiones. Las situaciones a las que diariamente se ven expuestos los adolescentes, el trabajar lejos de casa, podría facilitarles el desarrollo de la independencia, lo mismo que recibir un incentivo económico.

En cuanto al factor de resolución de problemas y autoactualización, se encontró que tanto en la investigación de Pérez et al. (2007) como en el presente estudio, la mayoría de los adolescentes trabajadores y no trabajadores manifiestan poseer una buena habilidad para tomar decisiones dirigidas a la solución de sus problemas, intentan extraer los aspectos positivos de las cosas que les suceden, se esfuerzan por mejorar como personas y adaptarse a los cambios.

Berk (1999) plantea que las personas con adecuadas capacidades para la resolución de problemas, además de tener buenas relaciones con los demás, son capaces de desarrollar un sentido de dominio y de valía personal, al poder enfrentarse a los acontecimientos estresantes de la vida diaria. Esto es coincidente con los resultados obtenidos en los anteriores factores.

Se puede inferir que los adolescentes que trabajan desarrollan estrategias de afrontamiento al interactuar con otros adolescentes, pero también con adultos, lo cual puede llevarlos a tomar un sentido de formación y madurez, debido a que están continuamente tomando decisiones, buscando soluciones, respondiendo a su trabajo y a su estudio, lo que implica el desarrollo de una gran responsabilidad y organización para poder responder a sus familias y a sí mismos (Pérez et al., 2007). Cabe mencionar que diversos estudios han encontrado relación entre el optimismo y variables psicológicas salugénicas (Vera-Villaruel & Guerrero, 2003). Existe consenso en que los sujetos optimistas presentan menos estrés, afrontan mejor los problemas y se enferman menos. Las personas optimistas desarrollan más estrategias de afrontamiento centradas en el problema que los pesimistas, valoran de forma más positiva las situaciones estresantes, y buscan más el apoyo social, mientras que los pesimistas tienden a negar, a rendirse y no comprometerse con las metas, enfocándose en sentimientos negativos (Carver & Gaines, 1987; Scheier, Weintraub & Carver, 1986). Estos jóvenes, pese a estar en condición de trabajadores, se esfuerzan y

posiblemente tengan una mirada optimista de la vida, que les permite tener los mismos puntajes de aquellos no trabajadores, lo que resalta su capacidad de resiliencia.

Por otra parte, la autoactualización que es la otra cara de esta dimensión, se refiere a aquellas personas que explotan todos sus potenciales, talentos y habilidades hasta lograr un estado de auto-cumplimiento (Hidalgo, 1997). Desde esta perspectiva, los adolescentes participantes consideran que se encuentran en buen desarrollo de sus potencialidades, se aceptan a ellos mismos, son espontáneos e independientes, intentan disfrutar cada día de la vida de lo que hacen y han alcanzado cierto nivel de plenitud de funcionamiento.

La investigación de Pérez et al. (2007) identificó que había algunas diferencias entre las habilidades de relaciones interpersonales entre los adolescentes trabajadores y los no trabajadores, aunque ambos presentaron una tendencia a una percepción buena de sus habilidades, siendo mejor la de los no trabajadores. En el presente estudio tampoco hubo diferencias significativas entre los grupos, pero al contrario del estudio de Pérez et al. (2007), los dos grupos presentaron una tendencia a una calificación regular.

Las habilidades relacionales implican aprender a vivir con los demás, establecer comunicaciones consensuales con otros, mantener vínculos afectivos y formas de participación en los grupos a los que se pertenece, y aprender a enfrentar conflictos interpersonales, armonizando sus propios derechos con los de los demás (Pérez et al., 2007).

Se puede concluir que los adolescentes participantes tienen algunas dificultades en el plano interpersonal, pero que en general tienen la capacidad de relacionarse con las personas a su alrededor (Lluch, 1999). Esto coincide con lo esperado para la etapa del desarrollo en que se encuentran los participantes debido a que en la adolescencia, se presentan dos grandes fuentes de influencia social: los amigos, que adquieren un papel fundamental, y la familia, en especial los padres (Papalia et al., 2004).

Por otra parte, en lo referente a los resultados encontrados sobre la calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores de Toluviéjo, se halla contraste con lo descubierto por Jackson (2007) y por Amar et al. (2008).

Jackson (2007) encontró mayor afectación en las áreas de salud física de los adolescentes trabajadores, mientras que las áreas de salud mental se vieron más afectadas en los adolescentes no trabajadores. Los adolescentes que trabajan presentaron mayor deterioro físico que los que no trabajan, lo que puede estar relacionado con las largas jornadas de trabajo. En la investigación de Amar et al. (2008) no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, si bien los adolescentes trabajadores tienen una tendencia a estar ligeramente más afectados que sus compañeros no trabajadores.

En la presente investigación los resultados se invirtieron; es decir, los adolescentes trabajadores reportan puntajes similares a los no trabajadores en cuanto a salud física, sin

embargo, se distancian en las dimensiones de vitalidad y salud mental. Ellos se perciben más cansados, agotados y menos vitales que aquellos que no trabajan. De igual forma, se perciben más angustiados, con mayor sensación de nerviosismo y tristeza que los adolescentes no trabajadores. De acuerdo con lo mencionado anteriormente, los adolescentes que se encuentran bajo condiciones laborales intensas no tienen la oportunidad de participar en actividades que son vitales para su formación como, por ejemplo, jugar, ir a la escuela y socializar con otros niños de su edad, que serían fundamentales para su salud mental y desarrollo normal. No poder disfrutar de espacios recreativos y/o lúdicos, debido a sus jornadas de trabajo, les limita la oportunidad de interactuar con otras personas, participar activamente en actividades que les sirvan de crecimiento personal (Jackson, 2007), lo que afecta su salud mental.

La investigación permitió identificar ciertos cambios en la población adolescente trabajadora del municipio de Toluviéjo en Sucre. Aunque ha disminuido el trabajo en las minas, no deja de ser importante que se encuentren niños trabajando desde los 11 años de edad, pero ahora en múltiples ocupaciones, como el servicio doméstico, el comercio, entre otras. Esto puede significar que los adultos responsables de estos niños y adolescentes, los estén presionando para trabajar y apoyar el ingreso de los hogares desde otras alternativas laborales, debido al control que de parte de las autoridades se ha reforzado sobre el trabajo infantil en las minas y la sanción social que se está generan-

do a través de los medios de comunicación. Es necesario erradicar por completo cualquier forma de trabajo infantil que vaya en contra del cumplimiento de los derechos de los niños y adolescentes, pues estas labores atentan contra su sano desarrollo.

Cabe mencionar que se mantuvieron los reportes de salud mental positiva en los adolescentes trabajadores y no trabajadores, lo que señala que pese a las dificultades que puedan vivir en su cotidianidad, estos jóvenes desarrollan cierta resiliencia que les permite disfrutar su vida, desarrollar cierta autonomía y autocontrol, manifestar apego hacia las demás personas e incluso tener disposición a apoyar a quienes lo necesitan y continuar con buenas expectativas hacia el futuro. Sin embargo, debido a que se presentaron puntuaciones medias en sus relaciones interpersonales, sería conveniente la implementación de programas para trabajar en el desarrollo de habilidades sociales, necesarias no solo por su momento evolutivo, sino por su valioso aporte a la adaptación social.

De igual forma, se destaca que la salud física de los muchachos no es percibida como afectada, sino que en general gozan de buena salud. Esto puede estar relacionado con el tipo de ocupación que ahora tienen, que repercute con menos fuerza sobre su condición física. Sin embargo, la vitalidad señala algunas diferencias entre los adolescentes trabajadores y los no trabajadores, lo que indica que están enfrentando nuevas presiones que les llevan a sentirse más agotados y con menos energías. De igual forma

esto puede ser generar ansiedad y algún tipo de malestar emocional que se refleja en las puntuaciones obtenidas.

Esto señala nuevos desafíos para la intervención psicosocial en estos contextos, donde los adolescentes recurren al trabajo como una alternativa para la subsistencia en sus hogares, pero que además de la responsabilidad, también les trae la carga de las preocupaciones de la adultez, que no corresponden con su etapa de la vida.

REFERENCIAS

- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A. & Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluviéjo. *Suma Psicológica*, 15 (2), pp. 385-403. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1342/134212610006.pdf>
- Amar, J., Abello, R. & Tirado, D. (2004). *Desarrollo infantil y construcción del mundo social*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Printed - Hall Iberia.
- Blanco, A. & Valera, S. (2007). "Los fundamentos de la intervención psicosocial". En: Amalio, B. & Rodríguez, J. *Intervención Psicosocial*. Madrid: McGraw-Hill.
- Cuadra H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), pp. 83-96. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26400105>
- DANE (2011). *Trabajo infantil en Colombia*. Bogotá: Autor. Recuperado de: <http://>

- www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/jobinfantil/presentacion_trabinf_2009.pdf
- Díaz, D., Blanco, A., Sutil, L. & Schweiger, I. (2007). "Argumentos para una propuesta psicosocial del trauma: el bienestar, patrón de salud y de trastorno". En S. Yubero, E. Larrañaga & A. Blanco (Coords.) (2007). *Convivir con la violencia*. Cuenca: Ediciones de la Universidad Castilla-La Mancha.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), pp. 51-74. Doi: 10.1016/0891-4222(94)00028-8
- Flórez, L. (2004). *Psicología de la Salud*. Recuperado de: http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/arps_salud.htm
- García, A. & Cabezas, J. (1998). *Programa para la mejora de la autoestima y de las habilidades sociales*. Premios Joaquín Sama 1998 a la innovación educativa. Recuperado de: <http://www.doredin.mec.es/documentos/009199900005.pdf>
- Gaviria, A. E. (2009). *El concepto de calidad de vida*. Escenarios de la Salud Pública. Aprende en línea, Universidad de Antioquia.
- Gómez-Vela, M. & Sabeh, E. N. (2000). Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Salamanca: INICO*. Recuperado de: <http://www3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Hidalgo, B. (1997). Experiences Leading to Self Actualization: Personal Growth and Life Satisfaction in a College Student Population. Recuperado de: <http://bhidalgo.tripod.com/thesis.htm>
- ICBF, Fundación Bernard Van Leer & Uninorte (1993). *Familia, infancia y calidad de vida*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Jackson, M. P. (2007). *La calidad de vida en niños y jóvenes trabajadores y no trabajadores en las minas de caliza del municipio de Tolú Viejo - Sucre*. Tesis de maestría en Desarrollo Social, Universidad del Norte.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), pp. 121-140. Doi: 10.2307/2787065
- Keyes, C. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. *American Psychologist*, 62 (2), pp. 95-108. Doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95
- Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. Recuperado de: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2366/E_TESIS.pdf?sequence=1
- Mariano, H., Ramos, M. & Fernández, A. (2001). *Salud y juventud*. Ed. Consejo de la juventud de España.
- Max-Neff, M. (1993). *Desarrollo a escala humana*. Barcelona: Icaria Editorial.
- OIT/IPEC (2005). *Estadísticas del Trabajo Infantil. Manual sobre las metodologías para la recolección de datos a través de encuestas*. Programa de Información Estadística y Seguimiento en Materia de Trabajo Infantil (SIMPOC). Ginebra, Suiza.
- OIT/UIP (2002). *Guía práctica para Parlamentarios. No. 3-2002. Erradicar las peores formas de trabajo infantil, guía para implementar el convenio número 182 de la OIT*. Organización Internacional del Trabajo (OIT)/Unión Interparlamentaria (UIP). Ginebra, Suiza.

- Organización Mundial de la Salud - OMS (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra. Suiza: Author.
- Palomba, R. (2002). Calidad de vida: Conceptos y medidas. *Institute of Population Research and Social Policies*. Recuperado de: http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejamientoRP1_ppt.pdf
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2004). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Pérez, A., Puerta, L., Sierra, E. & Velásquez, B. (2007). Características de la salud mental positiva de menores trabajadores y no trabajadores entre 11 y 17 años en el municipio de Toluviéjo, Sucre. Tesis de Maestría en Desarrollo Social. Universidad del Norte.
- Prada, E. C. (2005). *Psicología positiva y emociones positivas*. Recuperado de: <http://www.psicologia-positiva.com/Psicologia-pos.pdf>
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Scheier, M., Weintraub, J. K. & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), pp. 5-14. Doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Suárez, R. (2001). Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. En R. Suárez (comp.), *Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología*, pp. 11-21. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Vera-Villaruel, P. & Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*. 2 (1) pp. 21-26. Recuperado de: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/v2n103diferencias.pdf>
- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud, 12, pp. 41-50. Recuperado de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de la muestra según datos demográficos

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Género	Masculino	73	45,6	45,6	45,6
	Femenino	87	54,4	54,4	100,0
	Total	160	100,0	100,0	
Edad	9	1	,6	,6	,6
	10	2	1,3	1,3	1,9
	11	14	8,8	8,8	10,6
	12	13	8,1	8,1	18,8
	13	25	15,6	15,6	34,4
	14	23	14,4	14,4	48,8
	15	36	22,5	22,5	71,3
	16	29	18,1	18,1	89,4
	17	17	10,6	10,6	100,0
	Total	160	100,0	100,0	
Grado en curso	6	27	16,9	17,1	17,1
	7	23	14,4	14,6	31,6
	8	40	25,0	25,3	57,0
	9	28	17,5	17,7	74,7
	10	26	16,3	16,5	91,1
	11	14	8,8	8,9	100,0
	Total	158	98,8	100,0	
	Perdidos	2	1,3		
Total		160	100,0		
Condición de trabajador	Sí	20	12,5	12,7	12,7
	No	138	86,3	87,3	100,0
	Total	158	98,8	100,0	
	Perdidos	2	1,3		
Total		160	100,0		

Tabla 2. Distribución de acuerdo con la condición de trabajador o no trabajador, según la edad

Edad	¿Trabajas actualmente?			
	Sí	%	No	%
	Recuento		Recuento	
9	0	0	1	0,7
10	0	0	2	1,45
11	1	5	13	9,4
12	1	5	11	7,97
13	3	15	22	15,9
14	3	15	20	14,49
15	3	15	32	23,19
16	4	20	25	18,12
17	5	25	12	8,7
Total	20	100	138	100

Tabla 3. Tipo de oficio de los adolescentes trabajadores

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
No trabaja	138	86,3	86,3	86,9
Agricultura	1	,6	,6	87,5
Aseo doméstico	3	1,9	1,9	89,4
En una tienda	3	1,9	1,3	90,6
Atiende artesanías	1	,6	,6	91,3
Carga piedras (Minería)	1	,6	,6	91,9
Válidos Pica piedras (Minería)	7	4,4	4,4	96,3
Moto de agua	1	,6	,6	96,9
Joyería	1	,6	,6	97,5
Suplente de bodega	1	,6	,6	98,1
Varias labores	1	,6	,6	98,8
Perdidos	2	1,3	1,3	100,0
Total		100,0	100,0	

Tabla 4. Prueba t para la salud mental de adolescentes trabajadores y no trabajadores

Dimensiones de la salud mental	Grupo	N	M	SD	T	Sig	F	Sig
Satisfacción personal	Trabajadores	18	1,98	,43	,68	,49	1,31	,25
	No trabajadores	121	1,91	,37				
Actitud prosocial	Trabajadores	16	1,68	,41	-,86	,39	1,04	,31
	No trabajadores	118	1,80	,56				
Autocontrol	Trabajadores	17	2,11	,55	-,09	,93	1,81	,18
	No trabajadores	107	2,12	,69				
Autonomía	Trabajadores	19	2,01	,54	-,39	,69	2,28	,13
	No trabajadores	128	2,07	,67				
Resolución de problemas y autoactualización	Trabajadores	18	2,11	,66	-,37	,71	1,07	,30
	No trabajadores	123	2,17	,58				
Habilidades de relación personal	Trabajadores	15	2,64	,47	-,58	,56	,02	,89
	No trabajadores	118	2,72	,50				

Tabla 5. Prueba t para la calidad de vida de adolescentes trabajadores y no trabajadores

Dimensiones de la calidad de vida	Grupo	N	M	SD	T	P	F	Sig.
Funcionamiento físico	Trabajadores	16	2,54	,61	,09	,93	,25	,62
	No trabajadores	127	2,53	,51	,08			
Rol físico	Trabajadores	20	1,65	,31	-,55	,58	,69	,40
	No trabajadores	134	1,69	,27	-,50			
Enfermedad corporal	Trabajadores	20	1,65	,54	-,61	,35	5,01	,03
	No trabajadores	133	1,79	,99	-,94			
Salud general	Trabajadores	19	2,86	,51	-,80	,42	,76	,38
	No trabajadores	126	2,97	,62	-,92			
Vitalidad	Trabajadores	17	3,39	,45	1,69	,02	5,70	,02
	No trabajadores	123	3,07	,79	2,54			
Funcionamiento social	Trabajadores	19	3,11	,52	,16	,88	2,98	,09
	No trabajadores	122	3,07	,97	,24			
Rol emocional	Trabajadores	20	1,62	,35	-,77	,44	,12	,73
	No trabajadores	134	1,68	,34	-,754			
Salud mental	Trabajadores	16	3,56	,41	,979	,15	4,23	,04
	No trabajadores	121	3,38	,73	1,483			