



CARACTERIZACION DE LA SALUD MENTAL POSITIVA EN MENORES
TRABAJADORES DE UN MERCADO PÚBLICO

CONSUELO MARIA OSPINO NUÑEZ

Monografía de grado para optar el título de Magíster en
Desarrollo Social

Director

CAMILO MADARIAGA OROZCO Ph.D

BUNIVERSIDAD DEL NORTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

INDICE DE GRAFICAS

- GRAFICA 1 DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS ENCUESTADOS
- GRAFICA 2 ACTITUDES HACIA SI MISMO Me gusta como soy
- GRAFICA 3 INTEGRACIÓN. Los problemas me bloquean fácilmente
- GRAFICA 4 PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD GRAFICA
- GRAFICA 5 PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD
- GRAFICA 6 INTEGRACIÓN Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas
- GRAFICA 7 INTEGRACIÓN Me siento a punto de explotar
- GRAFICA 8 CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN. Para mí, la vida es.... aburrida y monótona
- GRAFICA 9 PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD GRAFICA. ... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional
- GRAFICA 10 DOMINIO DEL ENTORNO. Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas
- GRAFICA 11 AUTONOMÍA. Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí.
- GRAFICA 12 PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD. me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional
- GRAFICA 13 CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN Veo mi futuro con pesimismo
- GRAFICA 14 AUTONOMÍA. Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones
- GRAFICA 15 ACTITUDES HACIA SI MISMO Me siento menos importante.
- GRAFICA 16 AUTONOMÍA Soy capaz de tomar decisiones por mi mismo
- GRAFICA 17 CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden
- GRAFICA 18 CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN Intento mejorar como persona
- GRAFICA 19 PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD Me considero "un/a buen/a psicólogo/a
- GRAFICA 20 AUTONOMÍA. Me preocupa que la gente me critique
- GRAFICA 21 ACTITUDES HACIA SI MISMO. Soy una persona sociable.
- GRAFICA 22 NTEGRACIÓN soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos

GRAFICA 23 NTEGRACIÓN Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol

GRAFICA 24

GRAFICA 25 PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD. me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás

GRAFICA 26 PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD. Pienso en las necesidades de los demás,

GRAFICA 27 ACTITUDES HACIA SI MISMO respuestas ante calificativo de inútiles.

GRAFICA 28 NTEGRACIÓN Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables

GRAFICA 29 DOMINIO DEL ENTORNO. Delante de un problema... soy capaz de solicitar información respuesta con receptividad

GRAFICA 30 CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN Los cambios que ocurren en mi vida habitual me estimulan

GRAFICA 31 DOMINIO DEL ENTORNO. Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes

GRAFICA 32 CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACION .trato de desarrollarme como persona.

GRAFICA 33 CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes

GRAFICA 34 UTONOMÍA. Me resulta difícil tener opiniones personales

GRAFICA35 UTONOMÍA Cuando tengo que tomar decisiones importantes.... me siento muy inseguro,

GRAFICA36 UTONOMÍA. Soy capaz de decir no cuando quiero decir no

GRAFICA37 DOMINIO DEL ENTORNO. Cuando se me plantea un problema.... intento buscar posibles soluciones

GRAFICA38 PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD. Me gusta ayudar a los demás

GRAFICA39 ACTITUDES HACIA SI MISMO Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o

GRAFICA 40 ACTITUDES HACIA SI MISMO satisfecho/ insatisfecho de mi aspecto físico

CONTENIDO

		Pág.
	INTRODUCCION	
1	MARCO TEORICO	16
1.1	CONCEPTUALIZACION DE LA SALUD MENTAL	16
1.2	SALUD MENTAL POSITIVA	22
1.3	SALUD MENTAL POSITIVA DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO DE JAHODA.	22
2.	EL TRABAJO INFANTIL	26
2.1	EL CONCEPTO DE TRABAJO	26
2.2	EL TRABAJO INFANTIL EN EL MUNDO	28
2.3	EL TRABAJO INFANTIL EN AMERICA LATINA	31
2.4	EL TRABAJO INFANTIL EN COLOMBIA	32
2.4.1	LEGISLACION COLOMBIANA SOBRE EL TRABAJO INFANTIL	33
2.4.2	SITUACION DEL MENOR TRABAJADOR EN COLOMBIA	41
2.4.3	SITUACION DEL MENOR TRABAJADOR EN SANTA MARTA	41
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	50
4	OBJETIVOS	55
4.1	GENERAL	55
4.2	ESPECIFICOS	55

5	DEFINICION DE VARIABLES	56
5.1	DEFINICION CONCEPTUAL	56
5.2	DEFINICION OPERACIONAL	56
6	METODOLOGIA	60
6.1	TIPO DE INVESTIGACION	60
6.2	UNIDAD DE ANALISIS	60
6.3	SUJETOS	60
6.4	TECNICAS E INSTRUMENTOS	61
6.5	PROCEDIMIENTOS	62
6.5.1	FASE I PREPARACION	63
6.5.2	FASE II RECOLECCION DE DATOS	64
6.5.3	FASE III ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	64
6.5.4	FASE IV ELABORACION INFORME DE INVESTIGACION	65
7	RESULTADOS	66
7.1	DESCRIPCION DEL GRUPO	66
8	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	112
8.1	CONCLUSIONES	112
8.2	RECOMENDACIONES	117
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
	ANEXOS	

INTRODUCCION

La problemática de los menores trabajadores en Colombia, es de gran magnitud y trascendencia, siendo una preocupación constante en la planificación de políticas y planes de acción para esta población.

Con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo, Colombia ha logrado defender los derechos de los menores trabajadores y ajustar una nueva legislación a sus reales necesidades.

La reciente expedición del código de infancia y adolescencia, es la apertura de un trabajo coordinado para defender y restituir los derechos de los niños en el país.

Los menores trabajadores ante la difícil situación económica y cultural de su familia, perpetúan el círculo de la pobreza en el país, por lo que toda la población civil, las entidades del estado deben trabajar mancomunadamente para romper este círculo vicioso.

Solo con la posibilidad de conocer las características de salud mental de los menores, sus potencialidades, tendremos herramientas para el diseño de políticas, planes, programas y proyectos que reflejen su verdadero sentir como necesidades meritorias de esta población.

Con este estudio se trató de identificar la salud mental positiva de los menores trabajadores que desempeñan sus labores en un mercado público. Se analizaron las características de salud mental positiva de estos menores

trabajadores teniendo en cuenta las situaciones adversas en las que desempeñan sus labores, las cuales pueden influir de manera directa en su desarrollo físico y mental; conjuntamente con los resultados de esta investigación se pueden ofrecer a la población menor trabajadora, la oportunidad de construir espacios de vida, con unas actitudes mejores a las existentes antes de conocer su salud mental positiva, para que la población no solo observe sus potencialidades si no que las utilice como protectoras en el medio social donde se desenvuelven, Lluch (1999).

Analizar de manera específica el estado de salud mental de los menores trabajadores, no fue una tarea fácil, puesto que la salud mental es algo anhelado por todo ser humano, no importa si cada persona conoce o no su concepto. Pero cuando se habla de gozo, equilibrio emocional, felicidad, comunicación afectiva, generalmente se está hablando de salud mental desde una visión positiva.

Esta visión tiene en cuenta la salud mental como un estado relativo de la mente en el cual una persona sana es capaz de hacer frente de modo aceptable a las tensiones de la vida diaria, Ministerio de Salud. Política de Salud Mental, (1998).

.

De esta manera concebir la salud mental desde un aspecto sano, es significativo para la salud mental positiva de estos niños trabajadores, puesto que puede ser el eje central de protección a los múltiples peligros sociales que lo rodean en su medio laboral, como consecuencia de su misma condición ocupacional; asimismo el menor trabajador sea visto desde otra perspectiva y no solamente desde la

parte física y de los riesgos (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y otros), que le acarrea el desempeñar una actividad, sino que se tenga en cuenta su desarrollo como un proceso integral (donde tiene importancia lo físico, lo social, lo cultural, lo psicológico, lo mental sano). El estudio salud mental positiva buscó describir la salud mental desde una perspectiva sana del niño colombiano (monteriano) que vive en un ambiente de situaciones adversas pero se cree que a pesar de este hecho trata de adecuar un individuo integral que parte de sus vivencias y que se adapta a las condiciones para el cambio social que requiere el País.

Estudiar la salud mental positiva de los menores trabajadores se hace necesario, como menciona Lluch en su tesis doctoral (1999) y expone algo interesante y es que las noticias positivas se venden menos y no suelen ser objeto de portada pero la salud mental positiva existe y debe ser prevalente, ya que en el mundo las instituciones protectoras del menor han hecho esfuerzos por tener cifras, en alguna medida mirar factores de riesgo que los rodea, implementar algunas estrategias de erradicación de algunas actividades por lo menos las que se consideran " más peligrosas" y la parte de la salud mental desde la óptica de la enfermedad pero ninguna institución se ha dedicado a analizar la salud mental positiva, es decir la salud mental desde la perspectiva sana que es la que en cierta medida debe utilizarse como herramienta de protección al menor, ya que de ésta dependen en gran parte las relaciones de la unidad familiar; este fue el referente teórico que perfiló esta investigación. Es así como a través de esta investigación, se trató de dar respuesta al interrogante: ¿Cuáles son las

características de la salud mental positiva de los menores trabajadores que desempeñan sus labores en el mercado público?

La línea de Investigación de la Universidad del Norte con relación a la Salud Mental Positiva, es la posibilidad de construir conocimiento en torno a la problemática en el país y de aportar soluciones a las mismas.

Por ello, ante la pertinencia, se justifica la presente investigación, que pretende dar respuesta a la siguiente pregunta problema:

- ¿Cuáles son las características de la salud mental positiva de los menores trabajadores que desempeñan sus labores en el mercado público?

1. JUSTIFICACIÓN

El trabajo infantil es un fenómeno muy antiguo, pero solamente en la última mitad de este siglo ha sido reconocido como un grave problema social. En los Países industrializados de Europa y América del Norte, las alianzas sociales contribuyeron a una toma de medidas que condujeran a la aparición de una serie de respuestas eficaces contra el trabajo infantil. Más recientemente los Países en desarrollo han comenzado a movilizarse en torno al problema. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, Nueva York Oslo (27- 30 octubre 1997).

De acuerdo a la 90ª reunión de la conferencia internacional del trabajo informe B (2002), citando los convenios número 138 y 182, define el niño como todo ser humano menor de 18 años de edad y también menciona tres categorías del trabajo infantil que deben abolirse:

El trabajo realizado por un niño cuya edad sea inferior a la edad mínima fijada en la legislación nacional para este tipo de trabajo. El trabajo que sea perjudicial para el bienestar físico, mental o moral del niño, es decir el trabajo peligroso. Las formas incuestionables peores de trabajo infantil definidas internacionalmente, como: la esclavitud, el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y otras formas de trabajo forzoso, el reclutamiento forzoso de niños para utilizarlos en conflictos armados, la prostitución, la pornografía y las actividades ilícitas.

Por otro lado se tiene información de algunos Países entre ellos Colombia, según reunión de Cartagena, (1997), que los trabajadores prematuros son muy numerosos, especialmente en la edad de 6 a 9 años, para esa época esta población representaba el 34,5% de la población económicamente activa rural y la cifra de la población urbana era similar.

Actualmente Colombia tiene aproximadamente 44 millones de habitantes y se conoce que para el año 2001 el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas calculó que el 14,5% de los menores trabajaban, o sea, 2.5 millones de personas entre los cinco y los 17 años de edad. Este número representaba el 23% de la población total de 10.833.000 de esas edades.

De otro lado se sabe por diferentes medios y experiencias que la salud mental es algo que todos queremos tener, no importa si se sabe definir o no. Cuando se habla de bienestar, satisfacción, equilibrio emocional, sentimientos, generalmente se está hablando de salud mental.

El gobierno utiliza para el desarrollo de su política nacional la siguiente definición: Salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sean cognitivas, afectivas o relacionales. A sí mismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común, Ministerio de Salud. Política de Salud Mental, (1998).

El campo de la salud mental, entendida como el resultado de expresiones biológicas, psicológicas y ambientales que se determinan mutuamente, y que se configuran dentro de lo que podría llamarse proceso de alteración en la integridad del ser humano, sobre pasa los tradicionales espacios de la psiquiatría y la psicopatología y se remonta a todos los factores y situaciones en los que se destaca un componente simbólico, comportamental afectando las condiciones de vida de las personas, su familia y la sociedad, Ministerio de Salud. Política de Salud Mental, (1998), por tanto se dará un valor a la salud mental positiva de los menores trabajadores en la medida en que la sociedad (específicamente instituciones de protección al menor trabajador), puedan liberar sus potencialidades para crear cultura alrededor de las necesidades e intereses de los mismos.

La salud mental es un estado que todo ser humano desea tener, cuando se habla de bienestar, satisfacción, equilibrio emocional, sentimientos, generalmente se está hablando de salud mental. El gobierno utiliza para el desarrollo de su política nacional la siguiente definición: Salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sean cognitivas, afectivas o relacionales. A sí mismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común, Ministerio de Salud. Política de Salud Mental, (1998).

El presente estudio describe las características referidas a la salud mental desde una perspectiva sana en los menores trabajadores que desempeñan sus labores en un mercado público; quienes buscan adecuar un modelo que parta de sus necesidades sentidas y que les proporcione las condiciones para el cambio social a partir de ellos mismos; ya que el problema de estos prematuros no es solo el alimento complementario que se le suministra, este hecho carece de relevancia cuando se les ha identificado su salud mental y el factor o comportamiento que requiere de estimulación, ya que su cuidado demanda de una atención integral que contemple la importancia que cada uno tiene como persona.

De esta manera este estudio de la salud mental positiva puede ser el eje central del cual se pueden proyectar acciones a través del Ministerio de protección social e instituciones protectoras del menor trabajador, tendientes

a desarrollar al máximo la salud mental positiva en esta comunidad de menores trabajadores y crear en ellos un ambiente propicio para la vida.

En el proceso de acercamiento a la realidad se puede observar, en los menores trabajadores que las diferentes situaciones que los llevan a desempeñar diversos tipos de labores son iguales o similares a las de los menores trabajadores del mundo, América Latina, y del resto de la región caribe, "hecho que podría hacer pensar que hacen parte de nuestra cotidianidad y con ello desafortunadamente han perdido la capacidad de sorprender", vale la pena citar nuevamente el comentario de Lluch (1999), donde expone que las noticias positivas se venden menos y no suelen ser objeto de portada pero la salud mental positiva existe y debe ser prevalente, ya que en el mundo las instituciones protectoras del menor han hecho esfuerzos por tener cifras, en alguna medida mirar factores de riesgos que los rodea, implementar algunas estrategias de erradicación y algunas actividades por lo menos las que se consideran " más peligrosas" y la parte de la salud mental desde la perspectiva de la enfermedad, pero ninguna institución se ha dedicado a analizar la salud mental positiva, es decir la salud mental desde el ámbito de lo sano que es lo que en cierta medida debe utilizarse como herramienta de protección al menor, ya que de ésta dependen en gran parte las relaciones de la unidad familiar; este es el referente teórico que debe perseguir esta investigación.

Por otro lado suelen conocerse estudios que toman la parte de salud mental como referente principal y enfocado al trastorno, estudios que muestran como la violencia se volvió

un hecho normal, aceptado y virtualmente común en Colombia ejemplo antropólogos como Taussig (1989) y Uribe (1990), citados por Sadlier (1997), consideran que los colombianos viven en una cultura del miedo donde ellos son permanentemente víctimas o testigos de la violencia, Palacio y Sabatier (2002).

Miller (1996), Ajdukovic, M. y Ajdukovic, D. (1993) observaron una relación entre la salud mental y los niveles de Estrés de los niños y de sus padres. En particular, entre los síntomas depresivos en las niñas y un estado de salud degradada de sus madres. Palacio y Sebatier (2002).

Como se recoge en Buendía (1996, pág. 26): "tradicionalmente, los modelos explicativos de las conductas problemáticas se centran en explicaciones directas, a partir de factores de naturaleza biológica, intrapsíquica o ambiental", sin embargo -continuamos con la cita-, "esta tendencia está cambiando de manera evidente en la actualidad hacia modelos más interdisciplinarios, interactivos y transaccionales (...) Así, los modelos bio-psico-sociales son un ejemplo de interdisciplinariedad, al considerar que los cambios físicos y hormonales conllevan modificaciones cognitivas que van acompañadas de cambios en la naturaleza de los ambientes en los que actúa el adolescente, así como en los roles que la sociedad define en cada contexto."

Por su parte Kazdin (1996,) menciona los factores específicos del propio individuo, señalando que son "factores del niño", atendiendo a la concepción psicoevolutiva de su desarrollo (Temperamento, búsqueda de sensaciones, entre otros). En otro momento, el mismo autor, alude a los

factores de los padres y la familia, tanto como componente genético como en su condición de primer entorno próximo de socialización. Así, señala la importancia de la base genética ("los estudios de adopción muestran que la conducta antisocial y delictiva de los hijos es más probable cuando el pariente biológico ha presentado tal conducta").

En síntesis se puede resumir que el estudio es interesante por que el trabajo en menores es un impedimento para desarrollar actividades propias de la edad, especialmente la parte educativa; a demás es novedoso porque en nuestro medio hay una actitud poco favorable que facilite la distribución adecuada de recursos en la atención de estos casos y es útil por que conociendo la salud mental positiva de los menores trabajadores, permite a los equipos e instituciones hacer un mejor abordaje de la problemática. Como también a través de este estudio se puede lograr una sensibilización de las instituciones gubernamentales, universidades y otras a realizar alianzas que favorezcan la protección al menor.

2. MARCO TEORICO

CONCEPTUALIZACION DE LA SALUD MENTAL

Formular una definición de un concepto abstracto como es la salud mental o normalidad no es fácil. Muchos de los estudiosos tienen dificultades para conceptualizar y explicar la salud mental.

El Diccionario define la Salud Mental como el Estado mental normal del individuo humano. Contrario a insania, ingles sanity, en frances sanité mentale

En 1948, en su periodo formativo, la Federación Mundial para la Salud Mental definió la Salud Mental como -" una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional optimo del individuo, siempre y cuando este sea compatible con el de otros individuos. Una buena sociedad, es una que permite el desarrollo de sus miembros mientras al mismo tiempo asegura su propio desarrollo y es tolerante hacia otras sociedades"

En 1952, la Asociación Psiquiátrica Norteamericana publico su primera edición de Un glosario psiquiátrico, y definió la salud mental como salud emocional: "Un estado más relativo que absoluto en el que una persona logra una integración razonablemente satisfactoria de sus impulsos instintivos. Su integración resulta aceptable para sí misma y para su medio social, lo cual se refleja en la naturaleza satisfactoria tanto de sus relaciones interpersonales como de su vida, su

logro real, flexibilidad y nivel de madurez emocional alcanzada”

En 1969, la tercera edición de la APA tiene la misma definición de salud mental.

En 1975, en la cuarta edición de la APA es la misma definición, adicionándole “y el nivel de madurez que ha alcanzado, indicando de esa manera que la madurez referida es mas completa en lo que abarca como madurez emocional. (Milton Berger. Como trabajar con pacientes. Guía para tratar a las personas que llamamos enfermos mentales 1979).

Algunas veces, según Mary T Ramshorn (1983,) la salud mental se le define en términos del dominio en el área de las relaciones interpersonales, las relaciones sociales o el rendimiento y la conducta adaptada en la familia, el trabajo y la comunidad, pero, siempre es necesario introducir un elemento personal en la definición que revele la integridad del yo y la autoaceptación: Sé que estoy mentalmente sano porque me encuentro bien y encuentro bien lo que hago y porque sé que puedo hacer lo que quiero.

Un enfoque total de la noción de salud como mera ausencia de enfermedad es el encarnado en el concepto de alto nivel de bienestar de Dunn. El alto grado de bienestar se define como un método integrado de actuación orientado hacia la maximización del potencial del individuo que requiere el mantenimiento de un continuo equilibrio y una dirección determinada dentro del propio contexto (Hallbert y Dunn 1961).

Santacruz O, (1990) explicitaba que la Salud Mental así como los conceptos de integridad psíquica, y madurez mental son discutidos y planteados desde distintos ángulos y es difícil definir a un sujeto mentalmente sano. Sin embargo, diversas fuentes apuntan a la identificación de un individuo sano mentalmente, a través de una serie de indicadores indirectos. Uno de los parámetros que con más frecuencia se señala es la capacidad de trabajar, el trabajo es indicador y fuente de salud mental, siempre y cuando la persona que trabaje sea capaz de competir y colaborar. La competencia y colaboración son indicadores de estabilidad emocional.

Otro indicador de salud mental es la capacidad de establecer relaciones interpersonales duraderas, significativas y profundas con amigos, hermano, esposa, madre. Una relación verdadera, larga y significativa, cargada de afecto. Otro índice de salud mental es la capacidad de tener una vida sexual satisfactoria para él y para su compañero o compañera.

Otros indicadores son el sentido del humor, la capacidad de ser creativo La capacidad de reír, de detectar lo humorístico, o de reírse de los aspectos ridículos que encontramos en nosotros mismos y en los demás. Creatividad en el sentido de ser capaz de tener ocurrencias subjetivamente originales.

Otro aspecto muy importante, como signo de salud mental es la capacidad de asumir los cambios que la vida trae de una manera apropiada, a partir de la adolescencia, cambios físicos y psíquicos que se dan en el transcurso de la vida., es decir, asumir la madurez con responsabilidad. Otro parámetro de salud mental es la capacidad de criar hijos

razonablemente bien. Otro índice de salud mental es aceptar los cambios que traen el envejecimiento y la capacidad de admitir la propia muerte como una vicisitud final inevitable de la vida de todos los seres humanos. Finalmente, un indicador señalado hace muchísimo tiempo por Freud, la capacidad de ser feliz, que sea capaz de disfrutar de la vida, que tenga momentos de felicidad y de agrado con las cosas frecuentemente pequeñas, pero gratas que la vida da..

Lo que se encuentra corroborado por Milton Berger, quien afirma que la normalidad y la salud mental comprenden, pero no están limitadas a:

- Una capacidad para aceptar y asumir la responsabilidad por sí mismo.
- Una capacidad de ser una persona con iniciativa, para trabajar por sí sola y con los demás.
- Una capacidad para tener espontaneidad, entusiasmo y dedicación.
- Una capacidad para tener la dependencia, independencia y/o interdependencia adecuada.
- Un sentido de curiosidad y capacidad para aceptar la imperfección y lo incompleto.
- Un sentido del humor y una capacidad de naturaleza juguetona.
- Una capacidad para estar dispuesto a aceptar, mas que a negar, la evidencia que perciben nuestros sentidos.
- Una capacidad para estar en contacto con nuestros sentimientos y a tomar la actitud adecuada en respuesta a lo que se percibe, al mismo tiempo que se reconoce que la actitud adecuada en algunos momentos es hacer

parecer inactivo y ejercer la capacidad de "inactividad absoluta" o permanecer en suspenso hasta que otros datos indiquen que es tiempo de actuar.

- Una tendencia mínima de proyectar u externar la responsabilidad de nuestra conducta hacia otros.
- Una capacidad para tener una conciencia objetiva como una participación subjetiva en el funcionamiento propio emocional, psíquico y de conducta.
- Una capacidad para tener una apreciación objetiva así como una participación subjetiva en las relaciones interpersonales.
- Una capacidad, en la mayor parte, para terminar tareas emprendidas voluntariamente.
- Un grado suficiente de tolerancia de la ansiedad para continuar funcionando en situaciones riesgosas y tensas y para algunas veces aceptar la impotencia.
- Una capacidad para aceptar e integrar el fracaso, críticas y rechazo.
- Una capacidad para tomar algunas veces una posición de minoría.
- Una capacidad para comunicarse exacta y eficazmente con los demás.
- Una capacidad para ser el agente principal que está involucrado en y que es responsable del desarrollo de nuestro potencial y para ser motivado con mas frecuencia por los "deseos" de uno que los "deberes" de uno.
- Una capacidad para vivir algunas veces, con frustraciones, y para posponer "el placer actual" por el "beneficio futuro".

- Una capacidad de satisfacción y alegría en algunos aspectos de la vida diaria, en el trabajo, en casa o en una actividad de tiempo libre.
- No esperar lo que uno sólo tiene derecho a desear.
- Una capacidad para preguntar, dar y recibir con sencillez, sin condiciones, ni reservas.
- Una capacidad para vivir con la ambigüedad y paradojas de la vida.
- Una capacidad para "gozar de la vida"
- Una capacidad para estar abierto a la buena suerte, o para obtener placer de "acontecimientos" inesperados.

El Ministerio de Salud en Colombia, define la Salud Mental como un proceso que incorpora aspectos biopsicosociales y es "la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre si y con el medio ambiente, un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas ya sean cognitivas, afectivas o relacionales. Así mismo, el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común (Política Nacional de Salud Mental en Colombia, 1998).

En el 2005, la OMS, señaló que en las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud

mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

Los conocimientos sobre la salud mental y, en términos más generales, sobre el funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento. En los últimos años, la nueva información procedente de la neurociencia y la medicina conductual ha ampliado de manera espectacular nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de la mente. Resulta cada vez más evidente que dicho funcionamiento tiene una base fisiológica, además de estar esencialmente relacionado con el funcionamiento físico y social, y con los resultados de salud.

SALUD MENTAL POSITIVA

La dimensión positiva de la salud mental hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad. Entre las dimensiones que abarca se encuentran: la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia.

El fundamento de este concepto es que es necesario promover el desarrollo de una personalidad sana que, a su vez, permita la formación de familias, grupos y sociedades sanas. En Europa existe una escala para medir salud mental positiva llamada el euro barómetro 61, que mide el bienestar psicológico y la energía y la vitalidad percibidos, apoyo social percibido.

Señala Margarita Posada Lecompte en Salud Positiva, que autores como Jahoda (1980) o Ward (1987) han tratado de identificar aspectos de la salud mental, algunos de los cuales son. Bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad (citado por Margarita Lecompte, Álvaro 2002).

La Oficina Internacional del Trabajo OIT, 1986, se ha preocupado por las variables relacionadas con las características asociadas a la salud mental positiva, entre las cuales propone: Estado de espíritu positivo, ausencia de síntomas de nerviosismo, satisfacción en la vida, deseos de vivir, ansiedad social o bienestar social, que incluye : satisfacción en el matrimonio en la participación social y la aptitud para el trabajo.

Considera la OIT como indicadores de salud mental positiva: ingeniosidad y creatividad, aptitud para resolver los problemas, fuerza del ego, adaptabilidad, sociabilidad, amor propio, introversión/extroversión, actitud positiva /negativa respecto al futuro, resistencia psicológica y control interno-externo.

SALUD MENTAL POSITIVA DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO DE JAHODA.

El modelo de salud mental positiva elaborado por Jahoda y publicado en 1958, en forma de documento monográfico, bajo el título Current concepts of positive mental health, configura una concepción multidimensional de la salud mental positiva. La autora propuso seis criterios generales, la mayoría de los

cuales desglosa en varias dimensiones o criterios específicos. Los seis criterios generales son:

- 1: Actitudes hacia sí mismo (Attitudes toward the self)
- 2: Crecimiento y autoactualización (Growth, development and self-actualization)
- 3: Integración (Integration)
- 4: Autonomía (Autonomy)
- 5: Percepción de la realidad (Perception of reality)
- 6: Dominio del entorno (Environmental mastery)

Los criterios se describen así:

Criterio n° 1: ACTITUDES HACIA SÍ MISMO (ATTITUDES TOWARD THE SELF). Hace referencia a los diferentes aspectos o componentes del autoconcepto enfatizando la importancia de la autopercepción. Fundamentado en los teóricos del self, Jahoda (1958) propone que las actitudes hacia sí mismo tienen cuatro dimensiones:

- Accesibilidad del yo a la conciencia (accessibility of the self to the consciousness)
- Concordancia yo ideal - yo real (congruence of the self concept)
- Autoestima (feelings about self)
- Sentido de identidad (sense of identity)

Criterio n° 2: CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN (GROWTH, DEVELOPMENT AND SELF-ACTUALIZATION) Relacionado con lo que la persona hace con su vida. La autoactualización, también denominada autorrealización o crecimiento personal, puede ser

entendida como un principio general de vida, es decir, como la fuerza motriz que moviliza la actividad de todos los organismos o como un criterio de salud mental positiva que tiene dos dimensiones: la motivación por la vida (motivational process) y la implicación en la vida (investment in living).

Criterio n° 3: INTEGRACION (INTEGRATION) implica la interrelación de todos los procesos y atributos de la persona. Puede ser tratada bajo una de las tres perspectivas siguientes: Equilibrio psíquico (Balance of psychic forces), Filosofía personal sobre la vida (A unifying outlook on life) y Resistencia al estrés (Resistence to stress)

Algunos autores tratan este criterio como parte del autoconcepto o de la autoactualización, pero Jahoda (1958) considera que debe abordarse como una categoría independiente.

Criterio n° 4: AUTONOMIA (AUTONOMY). Hace referencia a la relación de la persona con el mundo (con el ambiente) y el término es sinónimo de independencia y autodeterminación. El grado de dependencia/independencia frente a las influencias sociales es un indicador del estado de la salud mental. La persona psicológicamente sana tiene una cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y de los demás.

Criterio n° 5: PERCEPCION DE LA REALIDAD (PERCEPTION OF REALITY) implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad. La percepción del ambiente no puede ser totalmente

objetiva, pero sí lo bastante aproximada para permitir interacciones eficientes entre la persona y su medio ambiente.

Criterio n° 6: DOMINIO DEL ENTORNO (ENVIRONMENTAL MASTERY) El área del funcionamiento humano seleccionada con más frecuencia como criterio de salud mental es la capacidad para manejarse en la realidad, está vinculado a dos temas fundamentales: el éxito (que enfatiza el logro o resultado) y la adaptación (que enfatiza el proceso).

EL TRABAJO INFANTIL

CONCEPTO DE TRABAJO

Se define el trabajo como el esfuerzo personal para la producción y comercialización de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución. Es una parte o etapa de una obra de un proyecto para la formación de un bien de capital. Labor, deber, relación y responsabilidad que debe realizarse para el logro de un fin determinado y por el cual se percibe una remuneración.

m. Acción de trabajar. Esfuerzo humano aplicado a la producción de la riqueza. Se usa como oposición de capital. Estudio, investigación

El trabajo es una actividad humana a través de la cual el individuo, con su fuerza y su inteligencia, transforma la realidad. La ejecución de un trabajo implica el desarrollo de unas operaciones motoras y unas operaciones cognoscitivas. La ejecución de un trabajo cubre un doble fin: por una parte conseguir los objetivos de producción; por otra, desarrollar el potencial del trabajador. Es decir, que, a partir de la realización de la tarea, el individuo puede desarrollar sus capacidades. www.mtas.es/insht/ntp/ntp_179.htm -

El término trabajo se refiere a una actividad propia del hombre. También otros seres actúan dirigiendo sus energías coordinadamente y con una finalidad determinada. Sin embargo, el trabajo propiamente dicho, entendido como proceso entre la naturaleza y el hombre, es exclusivamente humano. En este proceso el hombre se enfrenta como un poder natural, en palabras de Karl Marx, con la materia de la naturaleza. La diferencia entre la araña que teje su tela y la del hombre es que este realiza en la materia su fin. Al final del proceso del trabajo humano surge un resultado que antes de comenzar este proceso ya existía la mente del hombre. Trabajo, en un sentido amplio es toda actividad humana que transforma la naturaleza a partir de cierta materia dada. La palabra deriva del latín tripaliare, que significa torturar; de ahí pasó a la idea de sufrir o esforzarse, y finalmente de laborar u obrar. El trabajo en sentido económico, es toda tarea desarrollada sobre una materia prima por el hombre, generalmente con ayuda de instrumentos, con la finalidad de producir bienes o servicios

EL TRABAJO INFANTIL EN EL MUNDO

Historia del trabajo infantil. Es bien conocido, que a lo largo de la historia, y en todo tipo de culturas, los niños ayudaban a sus padres en el campo, en el mercado o en la casa, desde que eran lo bastante mayores como para desempeñar una tarea sencilla. Es así, que el empleo de mano de obra infantil, nunca se consideró como un problema hasta que apareció el sistema fabril.

Con la revolución industrial surgió en Inglaterra, y con ella el desarrollo del sistema fabril y la explotación de los niños, durante el siglo XVIII en Inglaterra, cuando los propietarios de las fábricas de algodón recogían niños de los orfanatos o los compraban a gente pobre, haciéndoles trabajar después a cambio, tan sólo, de su mantenimiento. Se conoce que en algunos casos niños de cinco y seis años llegaban a trabajar entre 13 y 16 horas al día.

Los reformistas desde 1302 intentaron establecer restricciones legales para paliar este tipo de abusos, sin embargo, sus logros fueron escasos, sin conseguir reforzar las leyes existentes que limitaban el número de horas de la jornada laboral o la edad mínima para poder trabajar. Estas condiciones laborales se generalizaron en todas las fábricas. La mayoría de las veces, con el consentimiento de los principales líderes políticos, sociales y religiosos, se permitía que los niños trabajaran en tareas como la minería. Las consecuencias sociales negativas fueron el analfabetismo de la población, el empobrecimiento de las familias y el crecimiento del número de niños enfermos y con las facultades físicas disminuidas.

La indignación social fue creciendo gradualmente, y la primera ley inglesa relevante sobre explotación infantil se dictó en 1878; donde se establecía la edad mínima para trabajar a los diez años, obligando a los patrones de las empresas a que los niños con edades comprendidas entre los 10 y 14 años no trabajaran más de media jornada o días alternos.

Adicionalmente, el sábado sólo se trabajaría media jornada. Esta ley limitaba a 12 las horas que podían trabajar los adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 18 años, permitiéndoles un descanso de al menos dos horas para comer.

Con la ampliación de la revolución industrial al resto de Europa y a Estados Unidos se generalizaron los abusos y la explotación de niños durante todo el siglo XIX y principios del siglo XX. Al igual que en el caso inglés, los abusos fueron provocando una mayor indignación social que se vio reflejada en la aparición de leyes que limitaban tanto la edad mínima para trabajar como el número de horas por jornada laboral.

Por desgracia, en la actualidad la pobreza y la escasez de recursos económicos obligan a millones de niños de los países en vía de desarrollo a vivir en condiciones inhumanas.

Asimismo, en países desarrollados como Estados Unidos existen múltiples denuncias de explotación infantil, sobre todo en los estados limítrofes con México. En países de América, Asia y África, la explotación de mano de obra infantil sigue siendo un fenómeno corriente,

Problema Mundial. A finales del siglo XX el problema de la explotación de mano de obra infantil sigue siendo muy grave en numerosos países. Una serie de estudios realizados en 1979, año internacional del niño, mostraron que hay más de 50 millones de niños menores de 15 años que desempeñan multitud de trabajos en condiciones infrahumanas. Muchos de estos niños viven en países de América latina, África y Asia. Sus condiciones de vida son pésimas y sus posibilidades de alfabetización casi nulas.

Sin embargo, sus escasos ingresos son imprescindibles para la supervivencia de sus familias. Muchas veces estas familias no pueden satisfacer las necesidades más primarias, alimentación, vivienda, ropa o agua con la que mantener un mínimo de higiene.

En algunos países la industrialización ha conllevado condiciones laborales para los niños que se asemejan a las peores fábricas y minas del siglo XIX. Por ejemplo, en la india, unos 20.000 niños trabajan 16 horas diarias en las fábricas de fósforos.

Además, los problemas de explotación infantil no se limitan tan sólo a los países en vías de desarrollo, sino que tienen lugar también en las bolsas de pobreza de las grandes ciudades de Europa y Estados Unidos, en lo que se ha venido a llamar el Cuarto Mundo.

Existe una creciente preocupación en tomo al aumento de la prostitución de menores en los grandes centros urbanos.

Los esfuerzos más destacados para eliminar la explotación infantil a escala mundial provienen de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), creada en 1919 y que hoy forma parte de las Naciones Unidas (ONU). Este organismo ha desarrollado varias convenciones sobre el destino de la mano de obra infantil, prohibiéndose en los países miembros el empleo de menores de 16 años, y planteando la posibilidad de aumentar este límite en caso de tratarse de trabajos peligrosos; también se establece la obligatoriedad de llevar a cabo exámenes médicos periódicos y se regula el trabajo nocturno. Sin embargo, la OIT no tiene capacidad para obligar al cumplimiento de estos convenios, ya que éste es un acto asumido de forma voluntaria por los países miembros.

Tipos de trabajo infantil y sus riesgos. La mayoría de estas actividades conllevan a peligros físicos a los menores y el acercamiento a la influencia de negociantes ilegales o delincuentes comunes. Esta clase de ocupaciones impiden la escolarización y el desarrollo de los niños, deben de ser eliminados estos trabajos, pero debe existir un mayor control fiscal eficiente por parte del Estado, con presión nacional e internacional

TRABAJO INFANTIL EN AMERICA LATINA

Hay consenso general en señalar que el trabajo infantil existe debido a contextos de pobreza y desigualdad que caracterizan a los países de América Latina, por lo tanto mientras no se logre mayor igualdad en la distribución del ingreso y mientras no existan las mismas oportunidades para

todos los niños y niñas de nuestras sociedades, el trabajo infantil no dejara de existir. Por lo tanto las políticas mundiales y particulares de los estados deben contemplar la problemática del menor trabajador mediante la unión de las instituciones que trabajan para este fin. La iniciativa del 20/20 que invita a todos los países por término medio un 20% de la ayuda oficial y el presupuesto nacional, respectivamente a programas sociales fundamentales que incluyan enseñanza primaria y asistencia sanitaria básica, puede contribuir eficazmente a la lucha contra el trabajo infantil.

EL TRABAJO INFANTIL EN COLOMBIA

En el país, para referirnos al menor trabajador es necesario conceptualizar acerca de su definición, desde el punto de vista legal, El Código Colombiano del Menor lo define como: " aquel menor de 12 a 18 años, que en cualquier caso de ocupación laboral, desempeña actividades en condiciones de protección especiales de acuerdo a su grupo de edad"... " menor de 12 a 14 años jornada máxima de cuatro horas / día, menor de 14 a 16 años jornada máxima de 6 horas / día, menores de 16 a 18 años jornada máxima de 8 horas / día". (Código Colombiano del Menor, Decreto 2337 de 1989).

Se trata de erradicar el trabajo infantil en menores de 12 años en el más corto tiempo posible y brindar las condiciones para que los mayores de 12 años reciban un salario siempre justo, tengan los mismos o mejores derechos que el adulto y no realicen jornadas de trabajo mayores que

las establecidas por el régimen laboral para el menor, y que cuente con un sistema de seguridad social.

Carmen Elisa Flores y Regina Méndez, en su estudio " Diagnóstico del Trabajo Infantil en Colombia, 1995", hace referencia a la definición que hace el DAÑE sobre los empleados, en la cual incluye a los menores de 12 a 17 años, que durante la semana anterior, ejercieron actividad remunerada en la producción de bienes y servicios, por lo menos una hora a la semana y aquellos que en su condición de ayudantes familiares, trabajan sin remuneración en la respectiva empresa del jefe de familia o pariente, al menos 15 horas semanales...". Citado por

LEGISLACION COLOMBIANA SOBRE EL TRABAJO INFANTIL

El Marco legal del Menor Trabajador en Colombia ha evolucionado desde la expedición de la Ley 48 de 1924 establece horarios y jornadas de trabajo para niños entre 12 y 18 años de edad, aún teniendo en cuenta que el trabajo infantil es una situación irregular.

La ley 129 de 1931, por la cual se adoptan normas para la protección del menor trabajador, en la cual se ratifican los convenios, 5,6, 7, 5, 16 y 20 de la OIT que regulan la edad mínima de participación de niños en el trabajo.

La Ley 54 de 1962, ratifica el convenio 105, sobre abolición del trabajo forzoso para controlar situaciones de esclavitud.

Ley 23 de 1967, ratifica convenio 29, sobre abolición del trabajo forzoso para controlar situación de esclavitud.

Ley 75 de 1968 crea el ICBF, y en 1979 se establece el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, a partir del cual surge una política para la infancia en el país.

En el año 1979 se establece el Año Internacional del Niño, que conduce a pensar en los problemas de la infancia en el país.

Entre 1978 -1982, el Plan de Integración Nacional, busca crear las condiciones necesarias para la aplicación de la legislación vigente de protección al menor trabajador.
CONPES: Programa Niño Trabajador.

Entre 1982 -1986, El Plan Cambio con Equidad, mantiene la política de atención a los niños, mediante la Ley 20 de 1982, que adopta el Estatuto del Menor Trabajador. Se crea la dirección General del Menor Trabajador dentro del Ministerio de Trabajo y se inicia mecanismos de coordinación interinstitucional de entidades afines al tema.

Entre 1986 y 1990, el Plan de Lucha para combatir la Pobreza, señala acciones para promover el mejoramiento de los hogares, la salud y la educación de las familias mas deprimidas. El ISS se obliga a atender en salud al menor trabajador.

En 1989, mediante Decreto 2737 se establece el Código del Menor, como una herramienta legal para la protección de la infancia, manteniendo que el trabajo infantil es una

situación irregular. Así, fija normas para adelantar el Proceso Administrativo de Protección, en el marco de la Doctrina de la Situación Irregular Crea las Comisarias de Familia y Defensorías de Familia reemplazando al Defensor de Menores y la Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y la Familia.

En 1990. Colombia se compromete a priorizar en sus agendas la protección a la niñez. Se materializa esto en el Plan de Acción a favor de la Infancia (PAFI), "Proteger integralmente a los niños, niñas y jóvenes cuyos derechos han sido vulnerados con el propósito de restituirselos. En especial a aquellos maltratados, abusados y explotados sexualmente, trabajadores, temporal o permanentemente sin familia o puestos en peligro por ella, vinculados al conflicto armado, víctimas del desplazamiento forzado, pobladores de la calle, discapacitados, adictos a sustancias psicoactivas, víctimas del delito organizado, en conflicto con la ley o embarazadas."

En 1991, Colombia ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño a través de la Ley 12 de 1991. La Constitución Política hace énfasis en la prevalencia de los Derechos de los Niños y niñas, los cuales se elevan a rango constitucional (Art.44).

En 1992, el Convenio 070 del 92 emanado del Ministerio de Minas en defensa de los niños que trabajan en las mineras..

En 1993, el Seminario Internacional sobre el Menor Trabajador, sitúa el tema en la agenda política del sector social. Se inicia un proceso de coordinación y concertación

interinstitucional e intersectorial para generar acciones y estrategias de prevención y protección de los Niños, Niñas Y Jóvenes Trabajadores.

En 1994, se inicia un proceso de coordinación y concertación interinstitucional e intersectorial para generar acciones y estrategias de prevención y protección de los niños, niñas y jóvenes trabajadores. A partir, de allí, se marca la génesis y desarrollo de la Política.

En 1994, Colombia promueve la realización de la segunda reunión americana sobre infancia y política social, con el propósito de hacer seguimiento a las metas establecidas. Además, la OIT promueve la realización del Taller de Política para el desestímulo del trabajo infantil.

En 1994, el Seminario Internacional sobre el Trabajo Infantil en Colombia, en el cual se establecen los compromisos de crear una instancia permanente para formular y evaluar la política nacional en materia de erradicación del trabajo Infantil, Formular el Plan Nacional de Acción y la OIT impulsa el desarrollo del Programa IPEC en Colombia.

En 1994, se expide el Documento. "El Trabajo de Niños, Niñas y Jóvenes en Colombia, bases para la formulación de una política nacional".

En 1995, mediante Decreto 0859 se constituye el Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección de los jóvenes trabajadores, conformada por el Ministerio de Protección Social, Ministerio de Comunicaciones, Ministerio de Educación Nacional, Consejería

Presidencial para la Política Social, Departamento Nacional de Planeación DNP, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, COLDEPORTES, CUT, CGTD, CTC, ANDI, Empresa Nacional Minera, Asocolflores, Confederación Colombiana de ONG, Defensoría delegada para los derechos del niño, la juventud y los ancianos. Procuraduría Delegada para la defensa del menor, y la familia, UNICEFF, OIT-IPEC. A partir de este año y de la formación de este Comité, se inicia de una manera continuada la formulación de una política nacional frente al trabajo infantil.

En 1995, se inicia acciones para la erradicación del trabajo infantil en Minas de Carbón.

En 1995, el documento CONPES 2776 "El tiempo de los Niños", establece que se debe desestimular el trabajo infantil

En 1995, a solicitud del Ministerio de Trabajo se elabora el estudio "Niños y Jóvenes, Cuantos y Dónde trabajan", el cual sirve de base cuantitativa para la formulación de la política. Se hace el diseño del primer Plan 1996-1999.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social expide la Resolución 01129 de 1996, Por la cual se dictan algunas disposiciones relacionadas con el trabajo de los menores de edad

En 1996, la OIT-IPEC empieza a ofrecer asistencia técnica al Comité para la formulación y puesta en marcha de los planes nacionales de acción.

En 1996, se realiza la Formulación del Primer Plan, previsto hasta el 1999, con énfasis en acciones dirigidas a sensibilizar a la población frente al tema del trabajo infantil, comprometer a los sectores claves con competencia en el tema, posicionar el tema en la agenda pública y conocer a fondo la problemática.

En 1999, se ratifica el convenio 138 de la OIT mediante la Ley 515 DE 1999 que define los 14 años como la edad mínima para el ingreso de niños a actividades laborales o de admisión al empleo

En el año 2000, se realiza la formulación del Segundo Plan Nacional hasta el 2002, que incluyó las siguientes líneas de acción: creación de un sistema nacional de información sobre trabajo infantil, 2, divulgación y sensibilización acerca del problema del trabajo infantil para la transformación de patrones culturales, fortalecimiento de las capacidades institucionales para abordar el problema y para el desarrollo de las políticas públicas en familia y niñez, educación, salud y aprovechamiento del tiempo libre, actualización y desarrollo de la legislación nacional en materia de trabajo infantil, intervención directa sobre grupos delimitados de niños ocupados de la S PFTI mediante proyectos que aseguren la acción simultánea y complementaria de distintos sectores, teniendo en cuenta los elementos de educación, salud y actividades alternas y de jornada escolar.

En el 2001, se ratifica el Convenio 182 de la OIT mediante la Ley 704 del 2001, sobre las peores formas de trabajo infantil. A partir de este convenio se da un marco legal diferente al segundo Plan Nacional.

El Segundo Plan de Acción 2000-2002, dio prioridad a la prevención y eliminación de las peores formas de trabajo infantil, entre ellas el comercio callejero y las labores en plaza de mercado, la explotación sexual infantil, el trabajo en la minería artesanal, el trabajo doméstico y en la agricultura comercial.

En el 2002, se realiza el Análisis de la Política y se expide la Ley 789 de 2002, sobre Reforma Laboral. Con la asistencia técnica y cooperación de la OIT, la política se ha materializado en tres planes de acción entre el 1996 y el 2006

En el 2003, se realiza la Formulación del Tercer Plan Nacional 2003- 2006, plantea la descentralización de la política, la creación y consolidación de los comités departamentales, con el liderazgo de las direcciones territoriales del Ministerio de Protección Social, de las regionales y de las agencias del ICBF, definió 3 campos y 5 líneas de acción: diagnóstico, desarrollo legislativo, transformación de prácticas culturales, fortalecimiento de la política pública y atención directa a niños y niñas vinculados o en alto riesgo de vinculación, determino la puesta en marcha de planes operativos anuales como mecanismos para desarrollar los lineamientos, ajustar la planeación a las posibilidades concretas de las entidades y definir metas e indicadores específicos.

En el 2003, se expide el Decreto 933 de 2003, por el cual se reglamenta el Contrato de Aprendizaje.

Se han formulado planes en todos los departamentos del país, un alto porcentaje de los cuales priorizo la ESCNNA como problema urgente de abordar.

En el marco de este Plan se inicio en el 2004, el proceso de Estructuración de redes sociales para la prevención de la explotación sexual comercial infantil a través de un programa de formación, liderado por el Comité Técnico Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil, su objetivo es implantar y evaluar un programa piloto de formación para la prevención y detección de la ESCNNA y el fortalecimiento de redes sociales. Igualmente, y también con el apoyo de la OIT, se ejecuta el proyecto Tejiendo Redes contra la explotación de niños, y niñas y Adolescentes, el cual desarrolla acciones en todas las política nacional y focaliza intervención directa en Medellín y Bogotá, con el objetivo de retirar a los niños, niñas que se encuentran vinculados a la explotación sexual comercial y prevenir el ingreso de quienes se encuentran en alto riesgo.

En el 2005, mediante Decreto No 1547 del 17 de mayor de 2005, se promulga el Convenio 182 de la OIT.

En el año 2007, se inicia el III Plan Nacional de Acción 2003-2006, formulado por el Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la protección del Trabajo juvenil.

En síntesis, Colombia ha desarrollado 3 planes de acción, como acciones públicas para la erradicación del trabajo infantil y la protección del menor trabajador.

SITUACION DEL MENOR TRABAJADOR EN SANTA MARTA.

En el marco de la Política Nacional, el Ministerio de la Protección Social celebró el Convenio No 047 de 2005 con el Observatorio de Infancia de la Universidad Nacional de Colombia, para ejecutar el "Proyecto Nacional de Prevención y Desestímulo del Trabajo Infantil". En el Departamento de Magdalena, se iniciaron actividades Durante la semana del 17 hasta el 22 de octubre de 2005. Este trabajo se realizó de una forma participativa con instituciones públicas y privadas que conforman el Comité de Erradicación del Trabajo Infantil (CETI) a nivel departamental y municipal; igualmente se hizo un trabajo con actores comunitarios que forman parte de la comunidad educativa, docentes universitarios, ONG(s), madres comunitarias y periodistas.

El producto de este trabajo fueron unos compromisos por parte de todos los participantes, buscando articular acciones interinstitucionales que llevaran a unos resultados concretos encaminados a la Prevención, para desestimular y deslegitimar el trabajo infantil y promover los derechos de los niños, las niñas y los jóvenes de Santa Marta. De esta forma, el papel del CETI en esta ciudad es fundamental para el logro de este enorme, pero noble objetivo.

La Valoración de los Avances del III Plan Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Trabajo Juvenil 2003-2006 En Colombia, realizo Talleres de Análisis DOFA en las capitales de departamento del País, para hacer seguimiento al plan. En lo que respecta al departamento del

Magdalena, los RESULTADOS DEL ANALISIS DOFA en Santa Marta.
Magdalena. De la reunión del 16 de mayo 2006.

Con la Colaboración del Ministerio de Protección Social y del ICBF, como entidades coordinadoras del CETI de Santa Marta, se llevo a cabo un Taller DOFA, con la participación de las siguientes entidades: ICBF, Ministerio de la Protección Social, Universidad Sergio Arboleda, Cámara de Comercio, SENA, Fundación la Misericordia, CORDEFA, Cruz Roja Colombiana, UNAD, Casa de Justicia, Policía de Menores, Aso clubes, CTI, Fiscalía, secretaria de Educación Distrital, Secretaria de Salud Distrital.

Señalan que los resultados del Taller fueron: En Santa Marta, el Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil, CETI, está constituido bajo el liderazgo de la Secretaria Técnica Integrada por el Ministerio de la Protección Social y por el ICBF.

Hay una actividad alrededor de la Comisión liderada por la Universidad Sergio Arboleda sobre la explotación comercial y sexual infantil. EL ESCI, dicha actividad se relaciona con las líneas de investigación que esta en etapa de acopio de información y sensibilización.

Se han realizado encuestas para detectar la magnitud del problema, las cuales están aún en la etapa de análisis de información.

Las principales fortalezas, que se reflejan según el ejercicio, se relacionan con un mayor conocimiento de la realidad en la capital del departamento del Magdalena y el

visible aumento de la sensibilidad tanto en las personas como en las instituciones para comprender y tomar acciones sobre el tema. La existencia, la persistencia y la Capacitación del Comité Interinstitucional es un factor relevante en el dinamismo que ha ganado el tema en la ciudad.

Alrededor del componente de ESCI se han realizado movilizaciones y se mantiene un programa radial ilustrando sobre este aspecto en la emisora Galeón.

Se ha logrado incluir el tema en los planes de desarrollo departamental y municipal desde la perspectiva de la protección de la infancia y se cuenta con planes operativos específicos, cuyas actividades son orientadas y realizadas por el CETI.

Especial importancia, tiene la intervención de la Procuraduría Delegada de Familia que ha centrado su atención en hacer exigible la inclusión del tema en los planes de Desarrollo en forma expresa.

En cuanto a las Debilidades, que se identifican, estas se relacionan con la falta de recursos para llevar a cabo investigaciones y análisis más completos sobre el problema, a pesar de la sensibilización que se ha venido haciendo, Renato en las Universidades como en las Instituciones públicas comprometidas con el tema. Se dan otras prioridades y no hay asignación específica de recursos con la dedicación que se requiere.

En la línea de sensibilización, se encuentra que la utilización de los medios de comunicación para difundir el

tema. Es muy poca y la información de los arraigados patrones culturales requiere de campañas mas extensivas y frecuentes, esta carencia tiene que ver con la falta de asignación de recursos, pero no con la falta de voluntad o de motivación.

La mayor debilidad que se observa, se relaciona con las políticas públicas por los problemas conexos al tema: la extrema pobreza. Necesidades básicas insatisfechas, y falta de oportunidades laborales para los padres, falta de seguimiento a las familias de niños trabajadores.

Por otro lado, existe un conjunto de debilidades relacionadas con la rotación de los servidores públicos encargados del tema y la falta de compromiso de algunos con ellos, especialmente en los niveles directivos.

Igual de importante, es la ausencia de recursos para desarrollar actividades.

EL CETI, informa que muchas de las actividades que se realizan son positivas gracias a los aportes voluntarios que hacen los participantes en el Comité, a título personal.

La Universidad Sergio Arboleda, ha hecho grandes aportes para el desarrollo de las actividades en las cuales se han comprometido.

No hay conexión entre los diferentes comités de los municipios y tampoco hay coordinación entre le orden departamental y municipal.

En cuanto a la línea de aspectos normativos, se registra falta de conocimiento de las normas por parte de quienes tienen que ver con el tema, desde funcionarios, empleadores y las mismas familias, de donde proceden los menores.

Finalmente, no se atiende casos específicos de PFTI por dificultades de identificación de las mismas y falta de recursos.

Las principales Oportunidades que advierten los miembros del Comité se refieren a: a interés de algunas entidades privadas para apoyar el programa (Sociedad Portuaria, Universidades, Drummond, Cajamag, Cámara de Comercio). Posibilidades para expandir el conocimiento del comité departamental e incluir el tema en los portafolios de servicios de las diferentes instituciones., Apoyo de las instituciones del orden internacional y nacional. Presentación de proyectos a organismos internacionales para captar recursos. Celebrar convenios con las empresas privadas. Aplicación de normas existentes por parte de las entidades competentes.

En relación con las Amenazas, se encuentra la influencia negativa de la sociedad de consumo que motiva a los menores a trabajar para satisfacer necesidades creadas.

Se reconoce también, que en algunos casos se registra dualidad de funciones, dispersión y falta de coordinación en la realización de las actividades.

Surge la pregunta por las posibilidades reales de continuidad a causa de cambios en el gobierno y al mismo tiempo el desconocimiento y/o la falta de vigilancia de los aportes que

se asignan al tema. Se observa también, que la no identificación de los casos de PFTI constituye una amenaza por no lograr incidir de manera mas concreta.

ALGUNAS CONCLUSIONES. -Se evidencia que el compromiso con el tema, es a nivel personal más que institucional, debido a los frecuentes cambios de directivos. -El CETI es una instancia motivadora, e impulsadora de acciones tendientes a cumplir objetivos de erradicación de trabajo infantil. -os mayores avances tienen que ver con la sensibilización tanto a nivel institucional como de las comunidades y con la motivación y los primeros pasos para profundizar en el tema a nivel de investigación.

-Los aspectos de mayor debilidad se relacionan con las políticas públicas por la incidencia de temas íntimamente relacionadas como son la persistencia de la pobreza, la falta de programas para atención a las familias y la reducción del desempleo. Igualmente, por la falta de armonización y de coordinación entre los diferentes niveles territoriales. No existe representación de los trabajadores y es escasa la participación del sector privado.

La investigadora realizó acompañamiento al Comité Interinstitucional de Erradicación del Trabajo Infantil ha realizar un operativo en la plaza del mercado de Santa Marta el 1° de abril de 2008.

En el operativo realizado con el acompañamiento de la Policía de Menores participaron el ICBF, con un profesional en psicología, nutricionista, un defensor de familia, profesionales psicólogo, nutricionista y representante legal

de la Fundación Horizontes, ONG quien celebros contrato con ICBF para la atención integral de los menores trabajadores, y Asoclubes. Se observo que algunos de los menores asisten a la plaza de mercado desde la 1.00 a 2.00 de la mañana, a realizar actividades, algunos acompañan a sus padres o abuelos y les ayudan en la venta, o como mandaderos. Algunos se encontraron en su apariencia descuidados y sucios, mientras que otros se encontraban limpios y arreglados, especialmente los que hacen labores de mandaderos El ICBF realizo el enganche, verifíco sus derechos, se les brindo refrigerio, se charlo con sus padres, se le cito para restitución de derechos, y se les remitió a la Fundación Horizontes. Fueron adicionalmente manejados por los jóvenes de Asoclubes.

Se realizo visitas a supermercados, y se observó que estas superficies contratan a los menores en la modalidad de cooperativa de trabajo asociado, donde les cancelan los riesgos profesionales y la pensión, pero, el menor debe entregar diariamente de su trabajo de propinas por empacar, la suma de \$2.500 pesos diarios para pagar su seguridad social. Estas cooperativas son manejadas por jóvenes quienes se organizan para contar con un medio de subsistencia. En la semana trabajan mayores de edad entre 18 y 23 años y los sábados, los menores entre 15 a 17 años, por su jornada escolar. Manifiestan los menores desear trabajar para costearse sus necesidades básicas.

Resultados de un operativo realizado por la Policía de Menores con acompañamiento del CETI, a inicios del año, arrojó un total de 25 menores trabajadores, que oscilaban entre los 9 y los 17 años, procedentes de los barrios de 8

de Diciembre, Ondas del Caribe, Gaira, San Jorge, La Esmeralda, Nueva Mansión, pradito, 29 de Julio, Cardonales, Barrio Santana, los Fundadores, Los Laureles, María Eugenia, Boulevard de las Rosas, Buenos Aires, Luís R Calvo, Ensenada III Juan XXIII). El ICBF les verificó sus derechos, encontrándose 5 no escolarizados, y 20 escolarizados, 9 no afiliados a salud, 14 conviven con la madre, 1 con un tío y el restante con ambos padres. De igual manera, se detectó que los menores tienen vulnerado su derecho a la recreación.

En entrevista, con la Coordinadora Técnica del ICBF, en el Comité Departamental de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Trabajo Juvenil, señalo que el Comité esta conformado por el ICBF y el Ministerio de Protección Social quienes ejercen la Secretaria Técnica, y los demás miembros son. Pastoral Social, el Seña, la Secretaria de Salud Distrital, La Secretaria de Educación Distrital que durante el año 2006, se han realizado múltiples actividades dirigidas a sensibilizar a los docentes, y las actividades del comité han sido mas preventivas. Se han realizado capacitaciones a los docentes de los municipios y del Distrito a través de la Cartilla Con los Ojos Abiertos, cartilla para maestro sobre el trabajo infantil, para una población de 50 docentes. Talleres con el acompañamiento de la OIT para el sector turístico y la secretaria de educación para 150 docentes. La Universidad Sergio Arboleda se comprometió a tabular y analizar el censo de una encuesta sobre menores trabajadores realizada en los municipios del Departamento del Magdalena, pero a la fecha, no han entregado los resultados. Se debe hacer la gestión al respecto con la Universidad Sergio Arboleda.. No obstante, esta universidad ha informado por medios masivos de comunicación que poseen un

censo de 754 menores trabajadores escolarizados. También, comenta que existe un documento sobre los menores trabajadores raspachines de la zona de Guachaca.

De igual manera, señaló que a nivel Nacional, se conformó el Comité Técnico Nacional para construir y desarrollar el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Explotación sexual Comercial de Niños Niñas y Adolescentes ESCNNA, conformado por delegados del ICBF, Minproteccionsocial, procuraduría delegada para el menor y la familia, OIT-IPEC Y UNICED para impulsar la construcción de estrategias para enfrentar el problema, el comité realizó convocatoria abierta para la construcción del plan nacional y 15 planes locales y fue seleccionada la ONG FUNDACION RENACER., quien contextualizó la problemática con análisis de la información, consulta nacional y regional, talleres con niños, niñas y adolescentes, se realizó la construcción de la propuesta central del plan y luego se procedió a socializar y enriquecer el plan con talleres regionales, consultas electrónicas y consulta a ECPAT, Posteriormente, se realizó el ajuste y construcción de planes locales.

El enfoque adoptado en el plan fue un enfoque de derechos complementado por los enfoques de equidad de género y equidad entre etnias y grupos culturales, considerando además las etapas del ciclo vital y las particularidades de las diferentes regiones del país.

Con relación al enfoque de derechos, se asume que el único criterio éticamente aceptable, mandatorio y universal para fundamentar las acciones del Estado y la sociedad hacia los NNA es su reconocimiento como sujetos participantes, plenos

de derechos. Los principios de no discriminación, universalidad e interés superior de NNA. La Promoción y protección de los derechos de NNA son uno de los pilares fundamentales sobre los que se construye la democracia y el desarrollo.

Se entiende el enfoque de equidad de género como el reconocimiento de las diferentes sociales, biológicas y psicológicas en las relaciones entre las personas, según el sexo y el rol que desempeñan en la familia y en el grupo social. Se reconocen las diferentes manifestaciones de la violencia sexual como violencia de género, entendida como cualquier acción basada en el género que cause daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico tanto en el ámbito público como en el privado.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una investigación del DANE y del ICBF en Colombia encontró que aproximadamente 480.000 niños trabajadores no quieren volver al colegio porque prefieren seguir ganándose la vida en los semáforos, las plazas de mercado o las casas de familia, (Proyecto Edúcame Primero Colombia 04/04/2008) La inserción de los niños y niñas a la fuerza laboral es el resultado de una confluencia de factores económicos, sociales y culturales, que en la mayoría de los casos está asociado a condiciones de pobreza, vulnerando desde muy temprana edad sus derechos fundamentales O.I.T (2002)

Existen varias razones que explican el trabajo entre los niños, niñas y jóvenes, entre otras, las más significativas son: la difícil situación económica familiar, que impide pagar escuelas o colegios; la falta de cupos escolares en el área urbana y rural; la necesidad de ayudar en los gastos de la casa; como alternativa para alejarse de los vicios; o cuando, en el hogar, la madre soltera o abandonada queda como cabeza de familia O. I. T (2002).

De igual forma el incremento de la pobreza en grandes sectores de la población colombiana como razón significativa en la inclusión de los niños y niñas al mercado laboral, puede encontrar su explicación en las profundas diferencias en el acceso a los servicios de bienestar, en las tasas de crecimiento económico, el ingreso de cohortes numerosas a la fuerza de trabajo, la migración del campo a la ciudad, la desigual distribución de los recursos productivos y la falta de políticas efectivas de desarrollo integral. Elementos enmarcados dentro de una crisis económica sin precedentes, una severa restricción del gasto y una devastadora reducción de salarios.

La crisis económica afectó en forma desigual a la población de nuestro país: castigó con más fuerza a los pobres FERRER (Aldo. La crisis Socioeconómica en América Latina y las políticas de ajuste. CIDES. Buenos Aires. 1992), citado por Sánchez Omar (tesis 1997).

De otro lado autores como Diego Mejía (1991), menciona que tradicionalmente, la familia debe responder por unas

funciones esenciales: Biológica, Psicológica, económica, social y política, educativa.

Estas funciones familiares se ven alteradas en el momento en que el menor trabajador se envuelve en el medio laboral por diferentes circunstancias, a enfrentarse a situaciones que lo aíslan de su verdadero mundo familiar y social para entregarlo a un mundo en el que según diferentes estudios de la O.I.T. UNICEF y otras instituciones, está sometido a extensas jornadas de trabajo, a trabajos peligrosos e incluso a la explotación algunas veces.

Al analizar en los menores trabajadores la diversidad de situaciones a las que se enfrentan y las formas adecuadas o inadecuadas de enfrentarlas es un elemento esencial que tuvo en cuenta la investigadora para tomar el reto de describir la salud mental de los menores trabajadores de Montería. En el mismo sentido apoya este argumento, la interrupción de la escolaridad por parte de los menores. Escolaridad que puede recuperarse con la implementación de programas dirigidos a la protección de la población prematura trabajadora, especialmente en los países en vía de desarrollo como en el caso de Colombia que de acuerdo a los datos de población de 2002 se tiene que el 14,5% de los menores trabajaban, o sea, 2.5 millones de personas entre los cinco y los 17 años de edad. Este número representaba el 23% de la población total de 10.833.000 de esas edades.

Esta constatación de sucesos en los que se desenvuelven los menores trabajadores lleva a la investigadora a interesarse por la salud mental de éstos, pero desde la perspectiva sana, a la cual JAHODA le ha llamado Salud

mental positiva, ya que a pesar de estas situaciones difíciles que hacen parte de la vida diaria de estos menores se tiene la expectativa que de algún modo la salud mental positiva debe estar presente en ellos.

En este sentido podría hacerse una comparación en relación a las situaciones que vive el menor trabajador y a las diferentes situaciones de riesgo estudiadas por algunos autores donde se ha demostrado que el observar objetivamente la realidad ha permitido percibir que los individuos teóricamente sometidos a los mismos factores de riesgo elaboran conductas cualitativamente distintas y positivas, de lo que se deduce la existencia de mecanismos y procesos que anulan, minimizan o actúan como atenuantes de los factores de riesgos, mecanismos que pueden ser utilizados por los menores trabajadores y permitirles tener una salud mental positiva. Afirmación que puede complementarse con la participación de Kazdin (1996, pág. 53). Y dice lo que está muy claro es que "la evaluación de los factores de protección precisa más trabajos ya que favorecer estos factores representa un enfoque viable de la prevención de los problemas de comportamiento".

Otros investigadores, como Rutter (1990), citado por Buendía (1996, pág. 38) opinan que los factores de protección están presentes tanto en el individuo como en el contexto ambiental, y que se ponen de manifiesto en las situaciones más críticas Buendía (1996) como el caso de los menores trabajadores en sus diferentes situaciones adversas con las que les toca compartir frecuentemente.

Es así como a través de esta investigación, se pretendió dar respuesta al interrogante:

¿Cuáles son las características de la salud mental positiva de los menores trabajadores que desempeñan sus labores en el mercado público y las afueras de los almacenes de cadena ?.

Según el Gobierno, en Colombia hay mas de 2 millones de menores trabajando y el 24% respondió a una encuesta del DANE que no quiere volver a la escuela.

La Viceministro de Preescolar, básica y media, señalo que hay 850.000 niños que trabajan y estudian en Colombia y que de estos, 210 mil están trabajando y no van a la escuela. Estos niños que no quieren regresar al colegio, según una caracterización del Ministerio de Educación, han perdido uno o mas años y sus padres tienen bajos niveles de educación.

En los próximos tres años, se invertirán 10.000.000 de pesos en un programa que busca "rescatar" del trabajo infantil a 10.200 niños de las ciudades de Cali, Yumbo, Bogotá, Soacha, Barranquilla, Cartagena, Santa Marta y varios municipios de Boyacá y Santander. Este plan se ejecutará con aportes del Departamento de Trabajo de Estados Unidos.

Ante esta percepción de los menores trabajadores, se debe descubrir cuales son las características de personalidad de los mismos, que le permitan reformular su proyecto de vida, adaptándose a un entorno cambiante, donde el conocimiento y los saberes son esenciales para una supervivencia con calidad de vida, es por eso que investigaciones que indaguen sobre las características de salud mental de los menores trabajadores son una herramienta valiosa para proporcionar información y conocimiento sobre su realidad y aportar

elementos para el diseño de políticas, planes y proyectos a sus realidades personales.

Es así como a través de esta investigación, se pretende dar respuesta al interrogante:

¿Cuáles son las características de la salud mental positiva de los menores trabajadores que desempeñan sus labores en un mercado público.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL:

Describir la salud mental positiva de los menores trabajadores que desempeñan sus labores en el mercado público y las afueras de almacenes de cadena en el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta, fundamentado en el modelo de Jahoda.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Describir las actitudes hacia sí mismo de los menores trabajadores de acuerdo al modelo Jahoda.

-Explorar el crecimiento y autoactualización de los menores trabajadores como fuerza impulsora de sus vidas de acuerdo al modelo Jahoda.

-Analizar las interrelaciones de los menores trabajadores utilizando el modelo Jahoda.

-Explorar la autonomía que tienen los menores trabajadores frente a las influencias sociales.

-Describir la manera como los menores trabajadores perciben la realidad.

-Examinar el Dominio que los menores trabajadores tienen de su entorno.

5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

5.1 DEFINICION CONCEPTUAL

Salud mental positiva: Es definida por Jahoda como la interacción de múltiples factores y la estudia desde una perspectiva psicológica, pero acepta plenamente la influencia mutua entre los aspectos físicos y mentales del ser humano. Sin embargo acepta que tener una buena salud física es una condición necesaria pero no suficiente para tener una buena salud mental.

5.2 DEFINICION OPERACIONAL

Salud mental positiva: se operacionalizará a través de un instrumento de medición denominado CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA SEGÚN EL MODELO DE 6 FACTORES ESPECÍFICOS

Y 16 SUBFACTORES (MODELO JAHODA), que incluye seis criterios generales :

- 1: Actitudes hacia sí mismo (Attitudes toward the self)
- 2: Crecimiento y autoactualización (Growth, development and self-actualization)
- 3: Integración (Integration)
- 4: Autonomía (Autonomy)
- 5: Percepción de la realidad (Perception of reality)
- 6: Dominio del entorno (Environmental mastery)

5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

SUBESCALAS	INDICADORES
1. ACTITUDES HACIA SÍ MISMO	<p>Este criterio hace referencia a los diferentes aspectos o componentes del autoconcepto enfatizando la importancia de la autopercepción.</p> <p>Revisando a los teóricos del self, Jahoda (1958) propone que las actitudes hacia sí mismo tienen cuatro dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Accesibilidad del yo a la conciencia -Concordancia yo ideal - yo real -Autoestima -Sentido de identidad

	preguntas 4,14,20,23, 31, 38 y 39
2. CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACION	<p>Este criterio está relacionado con lo que la persona hace con su vida. La autoactualización, también denominada autorrealización o crecimiento personal, puede ser entendida en dos sentidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -como un principio general de vida, es decir, como la fuerza motriz que moviliza la actividad de todos los organismos -Como un criterio de salud mental positiva que tiene dos dimensiones: la motivación por la vida y la implicación en la vida. <p>Preguntas 7, 12, 16, 17, 29 y 32</p>
3. INTEGRACION	<p>La integración implica la interrelación de todos los procesos y atributos de la persona.</p> <p>Algunos autores tratan este criterio como parte del autoconcepto o de la autoactualización, pero Jahoda (1958) considera que debe abordarse como una categoría independiente.</p> <p>La integración, como criterio de salud mental positiva, puede ser tratada bajo una de las tres perspectivas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equilibrio psíquico -Filosofía personal sobre la vida -Resistencia al estrés <p>Preguntas 2, 5, 6, 21.22, 26.</p>

<p>4. AUTONOMIA</p>	<p>Hace referencia a la relación de la persona con el mundo (con el ambiente) y el término es sinónimo de independencia y autodeterminación. El grado de dependencia/independencia frente a las influencias sociales es un indicador del estado de la salud mental. La persona psicológicamente sana tiene una cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y de los demás.</p> <p>Preguntas: 10,13, 15, 19, 33, 34 y 35</p>
<p>5. PERCEPCION DE LA REALIDAD</p>	<p>Implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad. La percepción del ambiente no puede ser totalmente objetiva, pero sí lo bastante aproximada para permitir interacciones eficientes entre la persona y su medio ambiente.</p> <p>Preguntas 1, 3, 8, 11, 18, 24, 25, 37</p>
<p>6. DOMINIO DEL ENTORNO</p>	<p>El área del funcionamiento humano seleccionada con más frecuencia como criterio de salud mental es la capacidad para manejarse en la realidad, Y está vinculado a dos temas fundamentales: el éxito (que enfatiza el logro o resultado) y la adaptación (que enfatiza el proceso).</p> <p>Preguntas 9,27,28 30,y 36</p>

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE INVESTIGACION

La investigación se desarrollará con un diseño de tipo descriptivo de corte cuantitativo.

6.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

6.2.1 SUJETOS

El estudio se realizará con menores trabajadores de sexo masculino, sus edades oscilan entre 7 y 17 años de edad, dentro de las actividades que realizan se encuentran la venta de verduras, pescado, bolsas de empacar, lotería, estas actividades le proporcionan a estos jóvenes un ingreso que deriva del comercio informal, por tanto es difícil determinar un salario básico, la mayoría aproximadamente estudia y viven en diferentes sectores marginales de la ciudad y desempeñan sus labores en mercados públicos y las afueras de almacenes de cadena de la ciudad.

Para la aplicación del instrumento a los jóvenes trabajadores se concertó con el CETI, El ICBF y la directora de la Fundación Horizontes y los profesionales y pedagogos de la misma fundación, Asoclubes al cual asisten los menores en horarios diferentes a su jornada de estudios.

6.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica e instrumentos que se utilizara en la presente investigación para la recolección de los datos es el CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA SEGÚN EL MODELO JAHODA DE 6 FACTORES ESPECIFICOS Y 16 SUBFACTORES.

Este cuestionario contiene los datos generales del menor trabajador y aspectos relevantes en su salud mental positiva.

El cuestionario tiene una alternativa de graduación de cuatro niveles: Siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca.

Este tipo de graduación según Briones está destinada a indagar sobre el grado de capacidad conductual, intensidad de conducta, opiniones y conocimientos.

Definición conceptual de los 6 factores generales del modelo de salud mental positiva: Factores generales y su definición

Factor 2: CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACION: Orientación positiva y optimista hacia el futuro, Propósitos, ideales y metas, Aspiraciones y deseos de superación, Sentido de crecimiento y desarrollo personal continuo e Interés por experiencias nuevas

Factor 3: INTEGRACION Equilibrio emocional / resistencia / control emocional, Tolerancia a la ansiedad y al estrés /

vitalidad, Tolerancia a la frustración, Capacidad para afrontar adversidades

Y Flexibilidad y relatividad

Factor 4: AUTONOMA: Independencia, Seguridad personal /Confianza en si mismo, Autorregulación de la propia conducta Y Auto responsabilidad

Factor 5: PERCEPCION DE LA REALIDAD: Implicación social /compromiso, Respuesta ante los problemas de los demás / deseos de ayudar a los otros / predisposición a brindar ayuda, Respeto / aceptación de los otros, Comprensión de los demás / sensibilidad para con los sentimientos y necesidades ajenas / perceptividad del sufrimiento ajeno y Confianza en los demás

Factor 6: DOMINIO DEL ENTORNO: Expresión de afecto a las personas que se quieren, Establecimiento de relaciones interpersonales profundas y satisfactorias, Sentirse satisfecho de las relaciones con sus amigos, Mantener buenas relaciones con la gente, Relacionarse de forma abierta con los profesores (jefes) , Adaptarse bien a los cambios y Buscar soluciones a los problemas

6.4 PROCEDIMIENTO

El desarrollo de la investigación se realizará mediante fases acorde a un cronograma.

6.4.1 FASE I. PREPARACIÓN

Esta etapa se inicio en el primer semestre del año 200, definiéndose la temática de una de las líneas de investigación de la Universidad del Norte.

Luego, que se decidió con el Director de esta investigación, continuar con la línea de investigación de la Universidad del Norte y configurar la caracterización de los menores trabajadores de la región caribe colombiana, con los dos trabajos anteriores de Cartagena y Montería se decidió desarrollar el estudio con los menores trabajadores en el aspecto de la salud mental positiva en condiciones de trabajadores en el mercado de la ciudad de Santa Marta.

Se procedió a una ampliación y complementación de la bibliográfica existente en los estudios anteriores, actualizarla y desde la experiencia de la investigadora en su practica de salud mental retomar conceptos y saber personal de su trabajo con menores de la calle, en la calle, menor trabajador.

Se decidió trabajar con los menores de la Fundación Horizontes, menores que asisten a los clubes juveniles del ICBF a través del programa ASOCLUBES SANTA MARTA, y menores de las Cooperativa de Trabajo Asociado que trabajan los fines de semana en el mercado publico en las afueras de los supermercados y de las grandes superficies.

El cuestionario que se utilizara es el realizado por María Teresa Lluch Canut en su tesis doctoral Construcción de una escala para evaluar Salud Mental Positiva 1999.

El cuestionario tiene una alternativa de graduación de cuatro niveles: Siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca.

Según investigaciones realizadas en la misma línea de investigación, este tipo de graduación según Briones está destinada a indagar sobre el grado de capacidad conductual, intensidad de conducta, opiniones y conocimientos.

Se prevé realizar una prueba piloto de aplicación de diez (10) cuestionarios a menores trabajadores de la ciudad de Santa Marta, con el objeto de validar la facilidad o dificultades en el manejo del cuestionario.

6.4.2 FASE II. RECOLECCIÓN DE DATOS

Esta fase se realizara en la última semana del primer semestre del 2008.

Se perfeccionará el marco teórico con información y asesorías de la dirección de la investigación.

6.4.3 FASE III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se realizara esta fase en el segundo semestre del año 2008, una vez se culminó la recolección de datos.

Se recibirá asesoría del director de tesis, con relación a los análisis presentación de los mismos.

La técnica estadística que será utilizada para el análisis de datos en el programa **SPSS** que permite la tabulación de los cuestionarios y establecer las relaciones y demás análisis requeridos para las variables.

Terminada esta fase se dispondrá de un primer informe de avance, con los resultados y análisis de los instrumentos.

6.4.4 FASE IV: ELABORACIÓN INFORME DE INVESTIGACIÓN

El informe final y la difusión de los resultados se realizará para finales del segundo semestre del año 2008.

El informe final incluirá los elementos desarrollados en el proyecto sobre el planteamiento del problema, el marco teórico, objetivos, variables y metodología, y resultados del proceso estadístico para presentación y análisis de los datos, tablas y gráficas.

El marco teórico permitirá establecer la relación entre la información obtenida en la investigación y la evidencia teórica existente, que permiten inferir conclusiones y recomendaciones acerca de la temática investigada.

7. RESULTADOS

La población estudiada estará conformada por los menores trabajadores que habitan en diferentes barrios subnormales de la ciudad de Santa Marta.

Estos menores desarrollan sus actividades de trabajo en las plazas del mercado público de Santa Marta y en las afueras de los almacenes de cadena.

7.1 DESCRIPCIÓN DEL GRUPO

La población estudiada está conformada por 120 menores trabajadores que habitan en diferentes barrios subnormales de la ciudad de Santa Marta; lo que podría indicar condiciones infrahumanas de hacinamiento, en donde la insatisfacción de las necesidades básicas es habitual. El 100% de los menores trabajadores realizan sus actividades en el mercado público, lo que indica trabajan en el sector informal, labores no calificadas y circunstancias que no les permiten cualificarse a mediano o largo plazo para ascender en el mercado laboral, lo que determina trabajan en condiciones de explotación y al margen de la legislación que los protege, como lo menciona la OIT, (1995), al referirse al tema.

1. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS ENCUESTADOS

Fuente directa (cuestionario)

En el estudio predomina el trabajo de menores en la edad de 12 años ya que el 26,3% (21) de los menores de la población estudiada corresponde a esta edad.

Al ubicar las edades según el ciclo vital individual, el estudio mostró que está afectada la etapa de la adolescencia, que según Eric Ericsson (1991), es el período en el que se da la identidad vs. Confusión de rol, es decir es el momento en la que se presentan cambios corporales (físicos) y psicológicos que bien manejados llevan al adolescente a adquirir su identidad pero que manejados inapropiadamente se corre el peligro de la confusión de rol, preocupación futura ocupacional y complejo en la creación de una imagen para lo que piensan los demás. Hecho que podría presentarse en este grupo como consecuencia de la falta de tiempo para compartir con amigos y compañeros de colegio, puesto que dedicarse al trabajo y no a las actividades propias de su edad. (Ver gráfica 1)

En síntesis puede concluirse que la edad afectada en el estudio es el grupo etéreo de la adolescencia con un 26,3% ,donde el desarrollo del joven incluyendo la educación es un factor clave para determinar que el trabajo infantil es un problema, UNICEF (1997).

Continuando con el análisis de las observaciones del estudio, se puede considerar la salud mental positiva como algo intangible, pero de acuerdo con la escala construida por Jahoda y retomada por Luch (1999), fue posible

estudiarla en los menores trabajadores de Santa Marta y se obtuvieron resultados positivos clasificándolos en subescalas así:

1. ACTITUDES HACIA SÍ MISMO:

Según el modelo utilizado para la valoración de la salud mental positiva, la primera subescala: ACTITUDES HACÍA SÍ MISMO, está integrada por los siguientes ítems:

- Me gusto como soy, respuesta positiva (ver gráfica 5)
- Creo que soy una persona sociable, respuesta positiva (ver gráfica 21)
- Me siento una persona menos importante que las personas que me rodean, respuesta positiva (ver gráfica 15)
- Pienso que soy una persona digna de confianza, respuesta positiva (Ver gráfica 24)
- Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada, respuesta positiva (no se dan este calificativo de inútiles), (ver gráfica 32)
- Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o, respuesta negativa (Ver gráfica 39)
- Me siento insatisfecho de mi aspecto físico, respuesta positiva (ver gráfica 40)

La manera de cómo responden positivamente los menores trabajadores denota que tienen muy bien la parte de actitudes hacia sí mismo, perspectiva subjetiva que demuestra que los sentimientos y las vivencias que las personas tienen

de las diferentes situaciones son más significativas que la propia situación en sí Lluch, cita a Jahoda, (1999).

Citando la conferencia de Alma Ata se menciona que este es un hecho favorable en la salud mental positiva y que puede ser aprovechado para hacer énfasis en los principios de autocuidado y auto responsabilidad de la propia salud, Alma Ata (1978) y Ottawa (1986).

Estos resultados son compatibles con las características que describe la política de salud mental al considerar a las personas mental mente sanas; estas características son: las personas no se encuentran abrumadas por sus propias emociones, temores, iras, amor celos, culpa o preocupaciones; estas personas pueden superar las decepciones de la vida, tienen una actitud tolerante y abierta ante sí mismos y ante los demás, tienen capacidad de reírse de ellos mismos; reconocen sus propios defectos, se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones y sienten placer por las cosas simples y cotidianas.

Situación que puede asimilarse con los factores protectores como experiencias, cualidades o características psicosociales modificadoras que mejoran o alteran la respuesta de una persona o grupo de estas a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo, independientemente de experiencias "positivas" o "benéficas", incluso placenteras, que contienen un componente de interacción.

Edith Grotberg, plantea la importancia de los factores protectores para el desarrollo sano de la infancia. La autovaloración, la autorregulación, la competencia del

sujeto, las habilidades sociales pueden ser ejemplos de éstos. Así como la protección de otros, situaciones, o medios propicios para desarrollar actitudes resilientes como afecto, comprensión, apoyo, aceptación incondicional, amistad, valores, fortuna, cambios económicos, trabajo, entre otros.

En ese orden de ideas, los factores de protección juegan un papel determinante. Sin embargo, frente al conjunto de adversidades asociadas al trabajo infantil hay variedad de respuestas, tiempos de reacción y de sostenimiento en algunos períodos.

Un factor protector puede no constituir un suceso agradable ni asociado a la resistencia a experiencias posteriores del mismo tipo. En ciertas circunstancias los eventos displacenteros y potencialmente peligrosos pueden fortalecer a los individuos frente a eventos similares. Por supuesto, en otras circunstancias puede darse el efecto contrario; es decir que, los eventos estresantes actúen como factores de protección, (Hennesy & levine, 1979, hunt 1979; En Rutter, 1985).

Por ejemplo, si la violencia se da como contexto, se puede presumir que los mecanismos protectores se ajustan a ésta (la violencia que trae violencia) o a cualquier otro recurso que salvaguarde urgentemente la vida.

Son muchos los esfuerzos que realizan los países y ONGs por el bienestar de la infancia. Por ejemplo, el banco mundial y otras organizaciones justifican intervenir en la infancia temprana basados en el argumento de los derechos humanos: "Los niños tienen derecho a desarrollar su potencial total, y

el permitir que el desarrollo sea truncado cuando bien pudiese prevenirse es una violación a un derecho básico". Por otro lado, desde el punto de vista social, la transmisión de valores morales, sociales y culturales positivos que se logran cuando se interviene en la infancia temprana justifican, de igual manera, el intervenir en ella, ya que se logra fortalecer a la sociedad.

Existen también razones económicas relacionadas con la productividad que argumentan fuertemente el porqué de las políticas a favor de la infancia. Los programas de atención han demostrado que los niños que participan de éstos logran mejores resultados cognitivos, conductuales y sociales, están mejor preparados para la educación en la escuela, tiene menor riesgo de problemas salud, lo cual le ahorra a la sociedad el costo de intervenir en programas curativos o le evita el costo de la repetición escolar por bajo desarrollo cognitivo.

Función Psicológica: la familia estructura la personalidad de los individuos. Las conductas, los sentimientos, la madurez y el equilibrio humano se empiezan a alimentar y desarrollar a partir de la familia. Al respecto dice Castellán (1983) "el grupo familiar actúa durante bastante tiempo para generar comportamientos capaces de tornarse parte integrante de la personalidad de sus miembros".

Amar, de otra parte, sostiene que la familia es una unidad de intercambio emocional, de cuyo equilibrio depende la estabilidad de cada uno de sus miembros. Amar, (1994.)

La visión integral del desarrollo, involucra necesariamente al hombre, pues hasta ahora, la historia del desarrollo

moderno ha estado referida a la acumulación de riquezas como conducentes al bienestar humano. Se busca la evolución de los sistemas de producción, la mayor acumulación y el progreso de la técnica en aras de una mayor eficacia que mejore la productividad, basados en la creencia de que el crecimiento ilimitado de la producción es la finalidad central de la vida humana. Lo importante es lo que pueda "contarse", prima la perspectiva de la racionalidad, orden y organización, concepción que ha estado dominando la vida, la acción y el pensamiento occidental frente a otras formas de vida considerados atrasadas. El desarrollo queda unido al crecimiento económico, a la cantidad de bienes, a la producción disociada de la calidad de vida. De hecho, el informe sobre desarrollo humano del PNUD de las naciones unidas de 1990 toma el ingreso como un indicador medible del desarrollo humano. PNUD. (1992).

Si bien es cierto que el crecimiento industrial como panacea del desarrollo antropológico sigue siendo un modelo de vida, son ya muchos los cuestionamientos al respecto. El desarrollo ya no se ve como algo lineal, simple, seguro e irreversible, sino como un proceso complejo y problemático. Se empiezan a distinguir el crecimiento económico y el desarrollo humano. Hurtado, (1980).

El otro filón de la reflexión sobre el desarrollo humano proviene de la Psicología y se centra en la etapa evolutiva del ser humano, de la infancia a la madurez en sus diversos ámbitos: el cognitivo (Piaget), el moral (Kolberg), el emocional (Ericsson) y el psicosocial (Freud) Hurtado, (1980).

Es el desarrollo humano visto como el desarrollo del hombre en sí mismo. A pesar de la diversidad de matices, riqueza y posibilidades de cada uno de los autores, el desarrollo ha ido quedando asociado a una visión ascendente de las capacidades y potencialidades.

Solo muy recientemente se ha abierto la perspectiva del desarrollo hacia el ámbito de la cultura. Bruner, Jerome (1988), aborda el desarrollo humano como un proceso de construcción, referido siempre al sentido que el hombre le da a su mundo y que se da a sí mismo como individuo y como sociedad. Se centra así el desarrollo en el hombre. El desarrollo sería entonces llevar al hombre a su condición de ser humano. Al realizarse como humano, el hombre ha de irse Ricour, (1982. P. 153), esto supone que hay múltiples y diversas maneras de realización y cada sociedad va construyendo sus propias concepciones.

Esta posición expande el diálogo sobre el desarrollo, pues este deja de ser un debate en torno a los solos medios (crecimiento del PIB) para convertirse en un debate sobre los fines últimos. Al desarrollo humano le interesa tanto la generación de crecimiento económico como su distribución, tanto las necesidades básicas como el espectro total de las aspiraciones humanas.

La visión del desarrollo humano como un proceso multidimensional desborda las aproximaciones parciales anteriores. Se comienza a entender que la sola generación de ingreso o la distribución de los mismos en sectores como salud, nutrición o educación, no genera un crecimiento de las personas, pues en últimas, el concepto de desarrollo que

adoptemos deberá no sólo complicar la posibilidad de acceso a recursos, consumos o satisfacción de necesidades individuales sino también facilitar la incorporación de las personas dentro del tejido social como participantes activos en el ejercicio pleno de la ciudadanía. Hurtado, (1980).

Los cambios biológicos de la pubertad, que señalan el final de la niñez, dan por resultado un rápido aumento de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales y la adquisición de la madurez sexual. Esos impresionantes cambios físicos forman parte de un largo y complejo proceso de maduración que empieza incluso antes del nacimiento, y sus ramificaciones psicológicas continúan en la edad adulta. Papalia Diane, novena edición.

También es nuevo el descubrimiento de base biológica de que un ambiente seguro, amoroso y estimulante promueve el desarrollo saludable, mientras que un ambiente negligente, físicamente dañino y emocionalmente abusivo puede producir daños significativos (Schor, 1999). Esto ocurre porque el cerebro llega a estar condicionado por las conexiones vía neural establecidas durante los primeros años de experiencias de apoyo o de experiencias negativas para responder de acuerdo con ciertos patrones.

Igualmente, Schor sostiene que desde los primeros años de vida el estrés al que comúnmente nos enfrentamos, comienza a dejar efectos devastadores en el desarrollo. Schor explica como los eventos traumáticos incrementan la producción de una hormona en el cerebro llamada cortisol. Sustancia que interviene en la destrucción de neuronas y en la disminución

de formaciones sinápticas, y altera la función cerebral en el proceso, y además del cerebro afecta al sistema inmune. El estrés crónico al que se enfrenta un niño en un ambiente abusivo y negligente puede intervenir en su desarrollo cerebral; Schor ha determinado que los niños con altos niveles crónicos de cortisol experimentan mayor retraso cognitivo, motor y social que otros niños.

Al brindarle al niño calidez y cuidado responsable se fortalecen los sistemas biológicos que lo ayudan a manejar las emociones. Investigaciones indican que una fuerte y segura conexión con el niño lo ayudará a manejar el estrés de la vida diaria, no sólo de la infancia sino de la vida futura también. Crear lazos afectivos fuertes con el niño tiene un efecto positivo en el sistema biológico de éste para adaptarse a las situaciones estresantes (Amar, 2003).

El estrés ambiental causa también la detención de secreción de la hormona del crecimiento por la glándula pituitaria. Cuando ese nivel de estrés es aliviado y el niño recibe estimulación y afecto por parte de sus cuidadores logra alcanzar cierto nivel de crecimiento, lo cual demuestra que un ambiente saludable y rico en experiencias estimulantes es necesario para un adecuado desarrollo físico. Así al brindarle al niño calidez y cuidado responsable se fortalecen los sistemas biológicos que lo ayudan a manejar las emociones.

Un experimento realizado por Perry y Marcellus en Baylor Collage of Medicine (2002), estudió el impacto del trauma en la neurobiología del cerebro de 1.000 niños abusados, a quienes no les hablaban y además vivían en ambientes poco

estimulantes no funcionaban adecuadamente. Durante la experiencia traumática, el cerebro de estos niños se encuentra activado en estado de miedo. Esta activación de los sistemas neurales en el cerebro permite adaptarse a cambios en el funcionamiento emocional, cognitivo y comportamental para promover la supervivencia.

Como síntesis de esta primera subescala se puede resaltar que esa confianza, responsabilidad y aceptación que los menores tienen de sí mismos pueden ser aprovechados por las instituciones protectoras del menor trabajador y de acuerdo a los parámetros y decretos reglamentarios de la ley 100 de 1993, junto con la aplicación de la resolución 412 de 2002 (la cual reglamenta los programas de salud pública), se pueden realizar con esta población, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad acordes a su edad.

En el ítem de la insatisfacción consigo mismo que se presenta (gráfica 39), puede explicarse según los cambios biológicos de la pubertad, que señalan el final de la niñez, dan por resultado un rápido aumento de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales y la adquisición de la madurez sexual. Esos impresionantes cambios físicos forman parte de un largo y complejo proceso de maduración que empieza incluso antes del nacimiento, y sus ramificaciones psicológicas continúan en la edad adulta. Papalia Diane, novena edición.

2. CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN:

La segunda subescala: CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN, del modelo salud mental positiva está conformada por los siguientes ítems así:

- Para mi, la vida es.... aburrida y monótona, respuesta positiva (no ven la vida aburrida ni monótona), (ver gráfica 8)
- Veo mi futuro con pesimismo, respuesta positiva, ven su futuro bien (ver gráfica 13)
- Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden, respuesta positiva (ver gráfica 17)
- Intento mejorar como persona, respuesta positiva (ver gráfica 18)
- Los cambios que ocurren en mi vida habitual me estimulan, respuesta negativa, no se ven estimulados, (ver gráfica 30)
- Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes, respuesta positiva
(Ver gráfica 33)

Los menores trabajadores no le ven aburrimiento ni monotonía a su vida a pesar de estar en una etapa de la vida de muchos cambios físicos y psicológicos; manejan una adolescencia "normal" lo cual podría ser respuesta al apoyo que les ofrecen sus padres y el centro de formación integral al cual asisten regularmente, como lo documenta Bensman y Lillend, (1979) citado por Papalia al hablar de la adolescencia y considera que las amistades son intensas en aquellos jóvenes que tienen vulnerabilidades y que en

muchos casos, estas amistades forjadas más allá de las necesidades mutuas perduran a través de la vida. Estos resultados son un hecho alentador en la búsqueda de la salud mental positiva, porque afortunadamente algunas de las tendencias que se vislumbran para el futuro de la semilla de la salud mental positiva, es esperanzador, puesto que la misma Organización Mundial de la Salud (1998) ha indicado que la revolución tecnológica de la información puede facilitar que los conocimientos sean accesibles a un gran número de personas y comunidades. Ya que es evidente que la tecnología de la información tiene capacidad suficiente para seducir a una gran parte de la población ;hasta crea adicciones! Puede pensarse en utilizar estas potencialidades para ampliar el "ámbito de intervención" a otros problemas y para entrenar a la población en técnicas de autocontrol, resolución de problemas o habilidades sociales. En definitiva, para potenciar recursos y promover la salud mental.

Al observar que los menores trabajadores no se sienten estimulados por los cambios que ocurren en su rutina habitual, podría pensarse en varias situaciones: Una puede ser que los menores están inmersos en sus labores diarias que no alcanzan a percibir estos estímulos de su entorno y para lo cual la O. I. T, aprovecharía en enfatizar sobre la erradicación .del trabajo infantil y sugerir que estos menores de edad deberían estar ocupados solo en los estudios.

Otra situación puede suponer que los menores ven su crecimiento y auto actualización, no con mucha claridad y ello los lleva a observar sus cambios con poca importancia,

hecho que para el doctor Gabriel Smilkstein requería de un estudio más profundo sobre la parte de crecimiento específicamente y recomendaría su instrumento del APGAR, para identificar el crecimiento definido como: el logro de la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia, a través del soporte y guía mutua.

Para implementar estrategias de estímulos del crecimiento personal a partir de estas evaluaciones.

Experimentar sacar los aspectos positivos de las cosas malas que le suceden, es una situación que es evidente reflejar que los jóvenes tienen una actitud positiva hacia el crecimiento y que puede ser retomada para implementar programas de promoción como lo ha propuesto la O. M. S, (1998).

Resultados que tienen mucha similitud al resto de los ítems donde se interroga sobre esta parte del crecimiento y que es importante en el sentido que los gobiernos locales pueden aprovechar este potencial de los jóvenes e implementar programas de promoción como lo indica la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, al referirse a los derechos que tienen todos los individuos con relación a los planes de atención básica en cuanto a la promoción y prevención, especialmente en grupos vulnerables como es el caso de estos jóvenes trabajadores.

La alusión a la experiencia subjetiva y a los rasgos individuales no constituye sorpresa alguna en nuestro campo, pero la presencia de las instituciones sociales como ingrediente de un modelo de salud positiva supone un salto cualitativo que no puede pasar desapercibido. "Una Psicología

positiva necesita tomar en consideración a las comunidades positivas y a las instituciones positivas”, insisten los autores (Seligman y Csikszentmihalyi)

Como síntesis de esta subescala se cita el comentario del doctor Amalio el cual, retoma citas de los autores, Seligman y Csikszentmihalyi y expone que la presencia de holgados y satisfactorios niveles de bienestar en la dimensión física, social y psicológica de nuestra existencia son muestrarios que se deben retomar en beneficio de las mismas poblaciones. En una palabra, concluyen los autores Seligman y Csikszentmihalyi, la Psicología debe tornarse una ciencia de la experiencia subjetiva positiva, de los rasgos individuales positivos, y de las instituciones sociales positivas como vía para incrementar la calidad de vida, y como herramienta para prevenir las patologías cuando la vida se nos pone cuesta arriba y el mundo que nos rodea pierde su sentido.

También es significativo el hecho que los menores no se sientan estimulados por los cambios de su rutina habitual, fenómeno que puede explicarse desde diferentes perspectivas, especialmente la relación que puede tener la falta de tiempo libre para percibir los estímulos o en realidad ellos no observan con claridad su futuro.

3. INTEGRACIÓN:

De acuerdo al instrumento utilizado para la valoración de la salud mental positiva, la tercera subescala: INTEGRACIÓN, está formada por los siguientes ítems:

- Los problemas me bloquean fácilmente, respuesta positiva (los menores no se bloquean fácilmente) (ver gráfica 3)
- Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas, respuesta positiva (ver gráfica 6)
- Me siento a punto de explotar, respuesta positiva (no experimentan las ganas de explotar (ver gráfica 7)
- soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos, respuesta positiva (ver gráfica 22)
- Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida, respuesta positiva (ver gráfica 23)
- Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal, respuesta positiva (Ver gráfica 27)

Estos resultados se pueden asimilar según Jahoda, citada por Luch (1999), al criterio de Salud mental positiva, en el sentido que el simple hecho de las personas afrontar un problema sin dificultades es suficiente para indicar que tiene cierto grado de salud mental positiva. La autora indica que los criterios de salud mental positiva están interrelacionados y, en función del momento o de la situación personal, predominan unos u otros. Es decir para adaptarse a las condiciones ambientales, especialmente cuando son desfavorables, la persona tiene que pagar el precio de desarrollar un componente y configurar un funcionamiento psicológico unificado.

Al experimentar emociones los menores trabajadores son capaces de controlarse, lo que podría facilitar una mejor interacción y desenvolvimiento en su medio laboral, al igual una oportunidad para intervenir de manera preventiva

en el sentido de potenciar las capacidades positivas del ser humano como lo expresa Winett, Riley, King Altman, (1993) al proponer la promoción como herramienta fundamental en la educación para la salud positiva, además transmitir conocimientos razonados, que permitan a las personas adoptar comportamientos y actitudes saludables. En el mismo sentido Norton (1998), propone que es necesario focalizar la atención en un modelo de promoción que fomente la salud mental positiva y el bienestar; por su parte Sánchez (1998) indica que "lo positivo refuerza lo positivo".

Con relación al componente de experimentar ganas de explotar los menores trabajadores manifiestan de manera positiva no haber experimentado esa sensación, hecho que puede ser aprovechado por esta comunidad de acuerdo con el ofrecimiento hecho por la misma O.M.S, en Alma Ata (1978), al referirse a la promoción de la salud y que en ella se encuentra inmersa la Salud mental positiva.

Los menores trabajadores a pesar de las condiciones adversas en las que pueden realizar sus labores, son capaces de controlarse cuando tienen pensamientos negativos, lo cual les da una connotación positiva a su actuar y tiene relación con la referencia del doctor Amalio al mencionar: La alusión a la experiencia subjetiva y a los rasgos individuales no constituye sorpresa alguna en nuestro campo, pero la presencia de las instituciones sociales como ingrediente de un modelo de salud positiva supone un salto cualitativo que no puede pasarnos desapercibido. "Una Psicología positiva necesita tomar en consideración a las comunidades positivas y a las instituciones positivas", insisten los autores (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000)

Al manifestar los menores trabajadores la capacidad de mantener un buen autocontrol sobre las situaciones conflictivas, favorece la promoción de la salud mental, divulgada por el ministerio de protección social, en el sentido del concepto multidimensional que implica la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permiten un desarrollo psicológico total Óptimo. Enfocada especialmente, entre otras preocupaciones, en la autonomía personal, adaptabilidad y habilidad para hacer frente a las presiones, confianza en si mismo, habilidad social, responsabilidad social y tolerancia. La prevención de trastornos mentales podría ser uno de los resultados.

Los menores trabajadores consideran que independientemente a las presiones externas desfavorables que tengan o que estén a su alrededor ellos continúan manteniendo su equilibrio personal, este hecho es compatible con la expresión de salud mental de Ewalt y Faros, retomada por el Servicio seccional de salud de Caldas y dice " Aquellos individuos con confianza básica en sí mismos y en los demás, con sentido de la propia competencia y la sensación humana en conjunto posee un significado y vale la pena. Estos individuos tienen una resistencia mucho mayor a la descomposición emocional".

En resumen en este factor el estudio mostró resultados en los que se demuestra que los menores trabajadores a pesar de las situaciones adversas en las que desempeñan sus labores mantienen una integración en su actuar, lo que implica la interrelación "sana" de todos los procesos y atributos de la persona.

Algunos autores tratan este criterio como parte del autoconcepto o del auto actualización, pero Jahoda (1958) considera que debe abordarse como una categoría independiente.

La integración, como criterio de salud mental positiva, puede ser tratada bajo una de las tres perspectivas siguientes:

- Equilibrio psíquico
- Filosofía personal sobre la vida
- Resistencia al estrés

4. AUTONOMÍA:

La cuarta subescala: AUTONOMÍA, del modelo salud mental positiva está conformada por los siguientes ítems así:

- Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi, respuesta positiva (ver gráfica 11)
- Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones, respuesta positiva (ver gráfica 14)
- Soy capaz de tomar decisiones por mi mismo, respuesta positiva
(Ver gráfica 16)
- Me preocupa que la gente me critique, respuesta positiva (no tienen en cuenta las críticas), (ver gráfica 20)
- Me resulta difícil tener opiniones personales, respuesta positiva (no tienen dificultades), (ver gráfica 34)
- Cuando tengo que tomar decisiones importantes.... me siento muy inseguro, respuesta negativa (muestran inseguridad), (ver gráfica 35)
- soy capaz de decir no cuando quiero decir no, respuesta positiva, (Ver gráfica 36)

El hecho de encontrar una mayor proporción de algunos menores trabajadores que les preocupe lo que los demás piensen de ellos no indica que pase por desapercibida la percepción positiva que expresan los que indican que nunca les molesta este hecho de los demás (31%), fenómeno integrador que se debe aprovechar para potenciar la capacidad de estas personas y así puedan afrontar las actividades de la vida cotidiana y desenvolverse sin necesidad de ayuda por parte de los demás, ya que según Jahoda (1958), la autonomía es considerada uno de los criterios de salud mental positiva, que ha superado los filtros de los diversos estudios y se ha mantenido como un factor con entidad propia a lo largo de todo su estudio, de la misma manera Jones y Crandall (1986) defiende la autonomía como una dimensión de la persona autoactualizada. Así mismo, Costa (1994) considera la autonomía como una característica de la salud mental ligada a la libertad.

Al encontrar que los menores trabajadores no tienen en cuenta las opiniones de los demás para tomar sus decisiones, es una situación favorable en su actuar diario, puede explicarse por una independencia económica aparente, por el dinero recibido en la labor desempeñada, de esta manera la autonomía está bien en estos jóvenes, y que es uno de los objetivos básicos, implícitos o explícitos, de la mayoría de los programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las diversas orientaciones psicológicas. De hecho desde la primera infancia se intenta potenciar la independencia de la persona para que modele sus propios criterios, adquiera confianza y seguridad en sí misma y sea capaz de autorregular su propia conducta. Esta situación de independencia puede tener alguna relación con la labor

desempeñada y el dinero recibido a cambio de la actividad que desempeñan. Lo cual podría explicarse por la capacidad funcional de este grupo. Como lo afirma Gómez José Fernando (1995) al referirse a la capacidad funcional como un indicador de salud.

Los menores trabajadores, son capaces de tomar sus propias decisiones sin influencias de otros, lo que puede indicar que tienen cierta autonomía desde la perspectiva de la funcionalidad. Como lo menciona Ware y Shebourne (1992), quienes evalúan la salud mental desde la dimensión "limitaciones de rol" y plantean que la autonomía podría corresponder a la capacidad de la persona para desarrollar los diversos roles sin ningún tipo de limitación o impedimento.

En relación al interrogante a la preocupación que los menores trabajadores puedan sentir a las críticas de los demás, puede considerarse una respuesta satisfactoria, puesto que no tiene en cuenta las críticas de las demás personas, y actúan de acuerdo a criterios propios, hecho que según Jahoda, citada por Lluich, indica que la persona psicológicamente sana tiene una cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo ni de los demás. Se complementa esta respuesta con la posición de Vygotski, citado por Amalio Blanco al expresar que: la salud positiva, que nos remite a una antigua y recia convicción vygotskiana: la creencia en la capacidad de las personas para modificar el medio que las rodea.

Los animales "se adaptan pasivamente al medio; el ser humano adapta activamente el medio a sí mismo" (Vygotski, 1991,). El

sujeto como agente de su propia conducta (de su propia salud) y la implicación de las personas en la solución de los problemas que aquejan a la sociedad en la que viven parecen tener algo que ver con el sentimiento de pertenencia (con una experiencia satisfactoria de la pertenencia social), con sentir el calor y el apoyo de los nuestros, con la confianza que depositamos en los otros, y con el sentido que le damos al mundo en el que vivimos.

Al encontrar en los menores trabajadores que no tienen dificultades para tener opiniones personales, se analiza el componente de la autonomía, que tiene que ver con la relación del individuo con su medio (mundo). Hecho que ha llamado la atención a diferentes organizaciones y autores así: las interrelaciones entre población y medio ambiente han sido motivo de preocupación a nivel internacional en los últimos años. En la agenda 21, el plan de acción aprobado por la Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (Río de Janeiro 1992), así como en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (Cairo 1994), se reconoce la complejidad de las interacciones entre crecimiento demográfico y consumo de recursos, la distribución de las personas y las presiones que éstas ejercen sobre su medio ambiente. Reconocer estas interrelaciones constituye hoy por hoy una prioridad en el contexto de los objetivos del desarrollo sostenible cuyo fin último es el mejoramiento de la calidad de vida de toda la población, el desarrollo económico y la reducción de la pobreza. La esencia del desarrollo es que todos tengan igual acceso a las oportunidades de desarrollo ahora y en el futuro, Rodríguez, L. (1995).

Esta carga afectiva de los espacios de vida conlleva que las situaciones de movilidad desprenden a las personas de estos vínculos, y genera en ellos una alienación de los espacios colectivos, considerándolos como lugares en los que sólo cabe una relación de consumo y contemplación superficial, Millan, C y Gil, (2002).

Por otro lado, las particularidades de cada persona generan distintas representaciones sobre el ambiente en las cuales, en lugar de libertad y seguridad, puede percibir un sentimiento de encierro o relegados, lo cual puede relacionarse más con el concepto de segregación geográfica (ver Palacio y Sabatier, 2002).

De acuerdo con Elkind (1989), el adolescente tiene cierta inmadurez en sus pensamientos. Lo cual se manifiesta en seis formas características que son:

- 1- Idealismo y carácter crítico
- 2- Tendencia a discutir
- 3- Indecisión
- 4- Hipocresía aparente
- 5- Autoconciencia
- 6- Suposición de ser especial e invulnerable

La indecisión puede ser la manifestación que puede tomarse como punto de referencia a las respuestas de los menores trabajadores en este punto; indica el psicólogo que los adolescentes pueden mantener en la mente muchas alternativas al mismo tiempo, pero debido a su inexperiencia, carecen de estrategias efectivas para elegir entre ellas. De esta

forma pueden tener problemas para decidir algo tan simple como qué llevar.

Con este referente podría considerarse que los menores trabajadores mostraron su indecisión al escoger las respuestas en el instrumento desarrollado.

De la misma forma diferentes autores indican que al interior de la familia se han definido factores como: presencia de apoyo incondicional por al menos una persona competente y emocionalmente estable, creencias religiosas que promuevan la unidad familiar y la búsqueda de significado en los tiempos difíciles (Werner, 1995).

Dentro del ámbito comunitario se han considerado los siguientes: presencia de pares y personas mayores en la comunidad que brinden consejo y apoyo emocional en los momentos difíciles, oportunidades que brinden la posibilidad de transiciones positivas en la vida como: programas de educación comunitaria a padres, participación activa en una comunidad religiosa (Werner, 1995).

Los diferentes factores protectores, al igual que los de riesgo, no actúan aisladamente sino ejerciendo un efecto de conjunto donde se establecen complejas relaciones que en definitiva traen como resultado la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y eventos estresantes. Este proceso es denominado "moderación del estrés" Garmezi, (1997). El conocimiento de este proceso es imprescindible para comprender los mecanismos que subyacen a los factores protectores y a la Resiliencia en general, Garmezy, (1985).

La positividad de las respuestas de los menores trabajadores en la responsabilidad de decir no cuando tienen que decir no, se puede relacionar con los comentarios de los siguientes autores: Schor (1999) ha afirmado que "el cerebro humano está relativamente sin desarrollar al momento del nacimiento, su potencial espera desplegarse a medida que su estructura toma forma y depende de la experiencia individual para guiar su crecimiento. Las experiencias, los sentidos (visión audición, tacto, olfato y gusto) organizan los patrones de comunicación entre las neuronas. Estos patrones neuronales llegan a ser los determinantes de cómo pensamos, sentimos y nos comportamos".

Investigaciones recientes sobre el cerebro han revelado que después de los tres años la producción de conexiones neuronales disminuye a una proporción menor y sigue disminuyendo hasta la edad de 10 años. En la primera década de la vida, el cerebro del infante es dos veces tan activo como el cerebro de un adulto. Después de los 10 años, la mayoría de las sinapsis que han sido activadas y usadas permanecen, mientras que aquellas que no han sido empleadas tienden a desaparecer.

La importancia de esta nueva información consiste en ver hasta donde la calidad de las experiencias influencia la estructura del cerebro y el desarrollo infantil. Debido a que la mayoría de las sinapsis neuronales son formadas durante los tres años de vida y se detienen después de los 10 años, estos tres primeros años son críticos.

Esta es la evidencia más vívida de que hay etapas críticas del desarrollo en las cuales el cerebro necesita la clase correcta de estimulación exterior para enseñarle a las

células cerebrales como hacer su trabajo, sin embargo, aunque hay momentos claves para ciertos tipos de aprendizaje, el cerebro además tiene una capacidad extraordinaria para cambiar. Craig Ramey (2002) director del centro investigaciones internacionales de la universidad de Alabama, considera que los padres, cuidadores y otros involucrados en la vida de los niños, deben saber distinguir entre ventanas óptimas de oportunidad y períodos críticos del desarrollo infantil.

La ventana óptima se refiere a la importancia de que el niño tenga determinada experiencia en un período determinado de su infancia, para que así pueda maximizar el beneficio de esta experiencia, y el período crítico indica que si el niño no tiene la experiencia en ese momento determinado de su desarrollo, perderá para siempre la oportunidad de beneficiarse de ésta.

De igual manera, producto de recientes investigaciones, se ha descubierto la plasticidad cerebral, la cual es definida por el Instituto de Familia y Trabajo de la Universidad de Chicago como "La capacidad del cerebro para cambiar en respuesta a las demandas del ambiente".

Esto indica que las capacidades individuales no están fijadas al momento del nacimiento. El cerebro mismo puede ser alterado o ayudado para compensar problemas y para intervenir en el momento apropiado.

Según Schor (1999), otro aspecto reciente en la investigación cerebral consiste en que así como usamos patrones de pensamiento para descifrar palabras en una página, usamos

ciertos patrones de pensamiento para interpretar las situaciones sociales y regular nuestras emociones de igual manera. Así como es posible que niños a quienes se les proporcionaba estimulación para el aprendizaje lograran tener un coeficiente intelectual más alto y con mejor desempeño escolar por los patrones de pensamiento, de igual forma, la manera como interpretamos las situaciones sociales y la relación con el otro están establecidos en patrones de pensamiento y en la estructura del cerebro.

De igual forma, Turner y Greenough (2002) sostienen que las experiencias tempranas pueden tener un impacto dramático en el proceso de conexión entre neuronas, lo cual tiene como consecuencia que el número final de sinapsis en el cerebro se incremente o disminuya en un 25%.

El aprendizaje ocurre cuando el proceso de desarrollo secuencial del cerebro y, por supuesto, el desarrollo secuencial de la función son guiados por la experiencia. El cerebro se desarrolla y modifica a sí mismo en respuesta a la experiencia. El cerebro se desarrolla y modifica a sí mismo en respuesta a la experiencia. Entre más sea activado cierto sistema neuronal, mayormente se estructurará este estado neuronal, y lo que ocurre en este proceso es la creación de una representación interna de la experiencia correspondiente a la activación neuronal. Esta capacidad de uso-dependencia para hacer una representación interna del mundo externo e interno es la base para el aprendizaje y la memoria, Perry y Marcellus, (1997).

En el caso de los humanos, aunque la madre no lame, si acaricia y frota al bebé; por tanto, el afecto que el niño

recibe de sus principales cuidadores y las experiencias de formación de vínculos y el apego durante los primeros años y vulnerables períodos de vida, son críticos en el moldeado de la capacidad para formar relaciones íntimas y emocionalmente saludables. La empatía, el afecto, el desear compartir, el inhibirse de agredir, la capacidad de amar están asociadas a las capacidades medulares de apego formadas en la infancia y niñez temprana.

Ainsworth estudió el vínculo afectivo con bebés africanos mediante la observación natural en sus hogares.

Posteriormente cambió su enfoque y diseñó la "situación extraña" en el laboratorio, una técnica ahora considerada clásica para evaluar los patrones de vínculo entre un infante y un adulto, y la cual consiste en que la madre deja al bebé dos veces en un cuarto desconocido, la primera vez con una persona extraña. En la segunda ocasión, deja al bebé solo y el extraño regresa antes de que la madre lo haga; luego, la madre anima al bebé a explorar y a jugar de nuevo y lo tranquiliza si el pequeño lo necesita. Ainsworth y sus colegas observando a niños de un año de edad en la situación extraña y también en casa, encontraron tres patrones de vínculo afectivo. El primero de ellos es el vínculo afectivo de seguridad: los bebés lloran o protestan cuando la madre se va y saludan con alegría cuando regresa; es decir la consideran una base segura, dejándola ir y explorar pero regresando en ocasiones para dar confianza. El vínculo afectivo de evitación: rara vez lloran cuando se va la madre, pero la evitan a su regreso. Tienden a estar furiosos y no se acercan aunque la necesiten. El vínculo afectivo ambivalente: también conocidos como resistentes. Se ponen ansiosos antes de que la madre se vaya y se alteran mucho

cuando sale; a su regreso demuestran su ambivalencia buscando contacto con ella al mismo tiempo que se resisten pateando, a menudo demuestran comportamientos contradictorios e inconsistentes, parecen confundidos o temerosos. Parece presentarse en bebés cuyos padres han sufridos traumas sin resolver, cómo perdida o abuso (Papalia, 2001).

La madre y su respectivo hijo contribuyen a la seguridad del vínculo afectivo por medio de su personalidad y por la interacción o la manera como responde el uno al otro. Papalia (2001) considera que desde el momento del nacimiento, los bebés comparten patrones de desarrollo común, pero también desde ese mismo momento, muestran personalidades distintas que reflejan influencias innatas y del ambiente.

El vínculo de seguridad evoluciona a partir de la confianza, un vínculo inseguro refleja desconfianza. Los bebés cuyo vínculo afectivo es seguro han aprendido a confiar no solo en quien los cuida sino en su propia capacidad para obtener lo que necesitan.

Uno de los aspectos más importantes del desarrollo humano es la manera en que el niño aprende a relacionarse con otros desde el nacimiento. Durante los primeros años de vida, la relación primaria del niño se limita a la que tiene con sus padres u otras personas que lo cuidan. En la niñez temprana empiezan a formarse otras relaciones con hermanos, compañeros de juegos y personas ajenas al círculo familiar. El mundo social se expande aún más cuando el niño comienza a asistir a la escuela y establece un número y diversidad cada vez más grande de relaciones sociales en los que se incluyen maestros, amigos, compañeros de equipo y vecinos.

Desde la niñez, el desarrollo se entrelaza con relaciones sociales; es decir, el niño aprende comportamientos y actitudes apropiados a su familia y cultura. Cabe resaltar, que aunque en este periodo se presenta contacto con nuevas personas que ejercen una influencia sobre el menor, los padres siguen siendo para el niño, la influencia más significativa porque ejercen un impacto enorme en el desarrollo socioemocional del niño

Gran parte de este desarrollo se origina por la confianza y el vínculo afectivo en la infancia y la comunicación emocional entre los infantes y las personas encargadas de su cuidado. Lo anterior permite que un recién nacido dependiente, con un limitado repertorio de expresiones emocionales y con necesidades físicas apremiantes, se convierta en un infante con sentimientos complejos, una voluntad fuerte y los principios de una conciencia.

La interacción del niño con adultos significativos juega un rol fundamental en su desarrollo. Los adultos son el apoyo para el aprendizaje del niño, lo proveen con oportunidades de estimulación a través de objetos, posibilidades de tomar decisiones, explorar objetos, experimentar y descubrir. Niños que han sufrido negligencia emocional en su niñez temprana a menudo tienen retraso en su desarrollo en otros dominios. El vínculo entre un niño pequeño y sus cuidadores provee el mayor vehículo para su desarrollo físico, emocional y cognoscitivo. Es en ese contexto primario que el niño aprende el lenguaje, las conductas sociales y un sinnúmero de otras conductas claves necesarias para un desarrollo saludable.

Cuando existe un abandono o negligencia emocional severa en esta etapa, los efectos pueden ser devastadores. Niños que no son tocados, estimulados y nutridos, literalmente pueden perder su capacidad de formar relaciones significativas para el resto de sus vidas, lo cual les ocasionará profundos problemas sociales y emocionales.

The Child Trauma Academy (1999) explica que tanto la capacidad como el deseo de formar relaciones emocionales están asociados a la organización y funcionamiento de partes específicas del cerebro humano. Así como el cerebro permite ver, oler, gustar, pensar y moverse, también es el órgano que permite amar o no amar. Estos sistemas del cerebro humano que permiten formar y mantener relaciones se desarrollan durante la infancia y primeros años, y la deprivación emocional en niños muestra como resultado una actividad reducida en el lóbulo frontal izquierdo del cerebro.

Como síntesis de este componente puede señalarse: la Autonomía que los menores trabajadores expresan puede estar relacionada con las explicaciones sobre los factores de riesgo y factores protectores, así como de los mecanismos que los subyacen. Se puede concluir también que la combinación de múltiples factores de origen genético - constitucional, psicológico, social y situacional, pueden determinar un estado de riesgo o de Resiliencia en el niño, Emery y Forehand, (1997).

En el ítem, que los menores trabajadores presentan un poco de indecisión o inseguridad en las respuestas puede estar conexo con la edad en la que se encuentran y explicarse a partir de los teóricos de Erick Ericsson, al mencionar que la

adolescencia es un periodo en el que se dan una serie de cambios físicos y psicológicos, además es una etapa en la que se da una indecisión, expresada por los mismos cambios de la adolescencia.

Otra forma de explicar este fenómeno es de acuerdo con el psicólogo David Elkind (1984- 1989), el adolescente tiene cierta inmadurez en sus pensamientos. Lo cual se manifiesta en seis formas características que son:

1. Idealismo y carácter crítico
 2. Tendencia a discutir
 3. Indecisión
 4. Hipocresía aparente
 5. Autoconciencia
 6. Suposición de ser especial e invulnerable
5. PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD:

La quinta subescala: PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD, del modelo salud mental positiva está conformada por los siguientes ítems así:

- A mi, ... me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías, respuesta negativa (ver gráfica 2)
- A mi, ... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas, respuesta negativa (ver gráfica 4)
- A mi, ... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional, respuesta negativa (ver gráfica 9)

- Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas, respuesta positiva (ver gráfica 12)
- Me considero "un/a buen/a psicólogo/a, "respuesta positiva (ver gráfica 19)
- A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás, respuesta negativa (ver gráfica 25)
- Pienso en las necesidades de los demás, respuesta positiva (Ver gráfica 26)
- Me gusta ayudar a los demás, respuesta positiva (ver gráfica 38)

Al indagar sobre la aceptación de los menores trabajadores a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las de ellos, se observó que la mayoría (32%) de ellos tiene alguna implicación que puede interferir en las diferentes actividades de la vida diaria: en el trabajo, en el tiempo libre, en las relaciones con los demás aunque se muestren aparentemente sanos. Lo que indica según la autora del modelo Jahoda, citada por Lluch (1999) que los menores pueden estar pendiente de su vida, más no necesariamente poseen capacidad para evocar respuestas empáticas, cálidas y comprensivas hacia los demás.

Al cuestionar a los menores trabajadores sobre las dificultades en escuchar los problemas de los demás y ellos, indicaron que si les da dificultad escuchar a las personas que les cuentan sus problemas. Situación que según Jahoda indica se presenta cierta alteración en la

percepción de la realidad, lo cual sugiere recordar el comentario de Lluch (1999), al citar a Jahoda y expresar que en un día típico de nuestra vida interaccionamos con muchas personas, la gran mayoría "sanas"; normalmente la dinámica de las actitudes, conversaciones y comportamientos nos parecen normales y adaptativos. Sin embargo cuando se adopta el rol de observador crítico se detecta que la normalidad cotidiana está impregnada de salud mental pero, de salud mental positiva solo se vislumbran fugaces destellos.

El estudio mostró que los jóvenes tienen dificultad al ofrecer apoyo emocional, situación que se ha reflejado deficiente en aquellos puntos que hacen referencia a la interacción con los demás, lo cual podría ser una oportunidad para potenciar este factor, ya que según De la Revilla (1994), la comunicación es una herramienta central en la interrelación con la familia y con la sociedad, puesto que a través de ella, no sólo se reciben mensajes sino que se intercambia información, ideas, conocimientos, se consiguen relaciones, se expresa afecto, emociones, etc. con la familia y la comunidad y sobre todo sirve para afrontar las situaciones que se presentan en cada ciclo, analizarlas y utilizar los recursos necesarios sin alterar o dificultar la interrelación familiar y social.

Al dar unos resultados perfilados hacia el sentido positivo en la sensibilidad que los menores puedan tener al ponerse en el lugar de los demás, se puede considerar que los menores trabajadores poseen cierta empatía o sensibilidad social que les favorece en la parte de adquisición de habilidad social y relación interpersonal, como lo menciona

Chalifour (1994), Eisenberg y Strayer (1992) al afirmar que la empatía es una habilidad relacional básica que permite descifrar las emociones que expresan los demás y por tanto compartir afecto. En este sentido, parece un buen indicador de salud mental positiva. Por ejemplo, Bryant (1992), en un estudio longitudinal realizado con niños en edades comprometidas entre 7 y 14 años, indica que : "la empatía juega un papel importante en la salud mental, particularmente cuando los niños pasan de la infancia a la edad media".

En el estudio se observó que los menores trabajadores se consideran "buenos psicólogos", aporte positivo a la salud mental positiva en la línea de hacer realidad las palabras de Avia y Vázquez (1998), citado por Seligman y dice que " Mi previsión es que la ciencia social mirará finalmente más allá del remedio y se transformará en una fuerza positiva para comprender y promover las cualidades más elevadas de la vida cívica y personal". Avia y Vázquez, (1998).

Es evidente siempre que las buenas intenciones en las personas y los grupos son un hecho positivo porque se convierte en una ganancia, lo que les ayuda a recuperar amigos y mejorar las interrelaciones con los vecinos, comunidad y grupos sociales en general, que de acuerdo a Jáuregui Reina y Paulina Suárez, es una oportunidad para educar sobre las acciones que corresponde a las familias con este ciclo vital familiar, las cuales son: Enseñanza sobre factores de riesgo en salud, solución de problemas (droga, dietas, otros), facilitar relaciones interpersonales adolescentes - padres, consejería en

planificación familiar y referencia a enfermedades de transmisión sexual.

Al encontrar que los menores trabajadores les resulta difícil entender los sentimientos de los demás, podría estar relacionado con el poco tiempo que tiene cada menor para estar con su familia y con sus amigos como lo menciona Diego Mejía al expresar que todos los seres humanos pertenecemos a sistemas y en ellos actuamos e interactuamos y que dependiendo del tiempo que tengamos para compartir en familia, vecindario, amigos etc., así será la flexibilidad con que se manejarán las interrelaciones, lo cual permite ampliar o reducir el número de recursos valiosos en el momento de superar crisis o cambios esperados y no esperados en las familias.

Otro elemento importante que podría comprometerse en esta dificultad de los menores para entender los sentimientos de los demás sería la comunicación humana proceso considerado como un recurso valiosísimo por Jáuregui y otros autores que trabajan con los individuos y la familia al considerar que cada movimiento o paso que damos en nuestro actuar tiene un significado para nosotros y para los demás; si se maneja esta dificultad por el lado de la rigidez en las relaciones se estaría proponiendo que estos menores requieren de tiempo para vivir sus etapas como escolares y adolescentes en las que se encuentran y posiblemente puede identificarse que un aspecto de análisis en este punto es la falta de tiempo de estos menores para desarrollar de manera normal las etapas en las que se encuentran.

Es significativo observar que este estudio muestre resultados de sensibilización en las necesidades de estos menores con las necesidades de los de más, es relevante este tipo de respuestas por varias razones: se analizan datos de escolares y adolescentes que según autores como Eric Ericsson deberían estar pensando solo en sus ideales y felicidad propia, pero tal vez podría explicarse un poco esta situación por las condiciones mismas de trabajo, como opina Rutter, citado por Buendía, los factores de protección están presentes tanto en el individuo como en el contexto ambiental, y que se ponen de manifiesto en las situaciones más críticas, como en el caso de los menores trabajadores en sus situaciones adversas con las que les toca compartir frecuentemente.

"Cada uno de nosotros es como todos, como algunos y como nadie" Clay, (1986). Desde esa perspectiva, es posible construir protecciones o resiliencia "como todos" si todos reúnen las condiciones (signalizadas de comunidad, por ejemplo), "como algunos", si se mezclan las competencias protectoras individuales con las propuestas de ciertos sujetos (personas significativas o líderes, por ejemplo) o "como nadie", caso en el cual la resiliencia será "pura", individual.

Como afirma Schütz, citado por Berian (1998), "Una comunidad no está constituida sólo por la masa de los individuos que la componen, por el territorio que ocupan, por las cosas que utilizan, por los actos que realizan sino, ante todo, por la idea que tiene de sí misma, en definitiva, por su autoconcepción, por su auto representación en la que se inscribe una "relación nosotros" Berian (1996).

Con esta base, es además fundamental, que un asentamiento que quiera consolidarse como comunidad apele a la organización comunitaria, que es uno de los primeros pasos para que dicho conglomerado de personas sea reconocido como una comunidad, al menos en construcción. Organizarse implica la interacción entre los sujetos, la búsqueda de objetivos comunes, la confianza en el otro y la necesidad de reconocer que sólo en "compañía de..." se pueden lograr las metas personales y, en esta nueva etapa, comunes al grupo.

Pero la organización tiene como base la participación, ella es uno de los aspectos fundamentales del desarrollo, no sólo de las naciones democráticas sino también de las organizaciones y los grupos humanos. Ella es la manera como los individuos reconocen que hacen "parte de..." o como diría Mary Racelis frente a la participación, "la idea es compartir realmente el poder".

Desde esta perspectiva, es necesario que las personas se comprometan, se organicen y monitoreen las actividades, eventos y gestiones que se llevan a cabo. La participación, se torna así en la "conciencia pública" de quienes desean construir una comunidad, un "nosotros".

Según el Banco Mundial (1998), la sociedad se beneficia del éxito alcanzado por los niños que logran un desarrollo adecuado y puede incrementar su productividad, reduce el costo de tratar problemas psicosociales asociados a un desarrollo inadecuado como la delincuencia y otras conductas sociales perjudiciales como el uso de alcohol y drogas, y

además se reduce la probabilidad de que el niño se convierta en una carga social y de salud pública y presupuestaria.

De acuerdo a las respuestas de los menores trabajadores se puede afirmar que: Tienen alguna implicación negativa en la parte de la percepción de la realidad, la cual puede estar relacionada con la comunicación y a la vez ésta tenga un referente con la falta de tiempo, que pueda atribuirse a las responsabilidades de las actividades diarias que desempeñan, pero es importante observar como estos menores a pesar de sus ocupaciones en situaciones de riesgo permanente, situaciones adversas, muestren sensibilidad con las necesidades de los demás.

6. DOMINIO DEL ENTORNO:

Sexta subescala: DOMINIO DEL ENTORNO, está integrada por los siguientes ítems:

- Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas, falta claridad en las respuestas (ver gráfica 10)
- Cuando hay cambios en mi entorno... intento adaptarme, respuesta con similitud en todos los ítems, (ver gráfica 28)
- Delante de un problema... soy capaz de solicitar información respuesta con receptividad (ver gráfica a 29)
- Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes (ver gráfica 31)
- Cuando se me plantea un problema.... intento buscar posibles soluciones (ver gráfica 37)

Al cuestionar sobre las relaciones interpersonales satisfactorias y profundas con algunas personas, se observó que en las respuestas no se identifica un sentido claro a las relaciones interpersonales, como se hizo mención la comunicación en este caso es un recurso valioso en el apoyo que los jóvenes reciben en el centro de formación integral al cual asisten.

Este hecho puede estudiarse desde la perspectiva de Miguel Martínez (1999) así; la cimentación de acción social en la construcción de protectores sociales para afrontar la adversidad, tiene relación con la capacidad de tener relaciones con profundidad, Miguel Martínez (1999), cita a Martín Buber, describe esta relación profunda, de persona a persona, como una relación "yo - tu", es decir, una mutua experiencia de hablar sinceramente uno a otro como personas, como somos, como sentimos, sin ficción, sin hacer un papel o desempeñar un rol, sino con plena sencillez, espontaneidad y autenticidad. (...) Esta es una experiencia que hace al hombre verdaderamente humano, que no puede mantenerse en forma continua, pero que si no se da de vez en cuando, el individuo queda afectado seria y negativamente en su desarrollo.

De esta manera el autor continua y expresa que el individuo se ve forzado a volverse a su interior; está obsesionado con la nueva forma del problema de la identidad que puede expresarse así: "Aun cuando sepa quién soy, no tengo ninguna significación para nadie. Soy incapaz de influir en otros". El próximo paso es la apatía. Y el paso siguiente es la violencia, pues ningún ser humano puede soportar perpetuamente la frustrante experiencia de su propia

impotencia. Fenómeno que se vuelve interesante para retomar los puntos críticos en estos menores trabajadores y potenciar estos aspectos en los cuales se observa no hay claridad en su actuar.

Por otra parte se menciona la calidez en las relaciones y comunicación entre los padres, entre estos y sus hijos y entre hermanos, tiene notable influencia en la autoestima de los miembros de una familia y mejora el conjunto total de la vida familiar. Calidez que se afecta por factores como el número de hijos, factores económicos y la edad de los hijos entre otros, de acuerdo a estudios realizados por Shere (1992).

Lo importante es llevar a la familia misma a crear un clima de diálogo, a construir un ambiente con condiciones para que sus miembros crezcan sin limitaciones ni restricciones en la expresión de sus afectos, pues como dice Shere Hite Ramírez, en la revista Cambio 16 Febrero. (1996) la familia de fin de siglo enfrenta una falta de manifestaciones afectivas, tras los 5 años, los padres temen besar y acariciar a sus hijos y sin una base afectiva no es posible construir unas relaciones familiares satisfactorias.

En referencia a la actitud de los menores trabajadores cuando hay cambios en su entorno.... intentan adaptarse, los resultados mostraron que el 28,75%, lo hacen sin dificultades, el 28,75% lo hace algunas veces y el 21,25% lo hace con frecuencia; situación positiva en estos menores y favorece los cambios propios de las edades en las que se encuentran, como lo menciona Erick Ericsson citado por Mejía Gómez, Diego (1991), al describir las ocho etapas de

desarrollo en el hombre, expresa las crisis normativas, alcances y sucesos de mayor valía en cada una de ellas y que en este caso toman importancia las relacionadas con las edades de los sujetos en estudio a saber:

-De los seis a los once años (6- 11 años), aparece la industriocidad Vs. Inferioridad, se fortalece el sentido de competencia y capacidad, lo que faculta la buena escolaridad y que en el caso de los menores se podría ver afectada esta etapa por la falta de todo el tiempo para dedicarlo exclusivo a su educación como lo defiende la OIT (1997- 2002), al manifestar que la infancia debe estar reservada para el estudio y el juego. Que el trabajo infantil interfiere con el normal desarrollo del niño, y por tanto debe eliminarse.

- De los once a los diecisiete años (11 - 17 años), la adolescencia define identidad Vs. Confusión de rol. El impulso es la fidelidad.

En esta etapa es de vital importancia la amistad, en la medida en que los jóvenes se dedican a separarse de sus familias buscando su propia identidad y en este proceso buscan el aliento de sus afines con quienes pueden realizar este periodo de su vida. Los amigos entre sí se dan apoyo emocional que los adolescentes necesitan.

En muchos casos estas amistades forjadas más allá de las necesidades mutuas perdurarán a través de la vida, Papalia, (1985).

Al lado del concepto de comprensión del entorno, Shütz toma el concepto de acción social de Weber, en el que afirma que

el individuo contiene a la sociedad, en tanto ésta le contiene. Pues si bien el sujeto es construido por la sociedad y la sociedad es construida por el sujeto, no resulta una sociedad, sino tantas "sociedades" como imaginarios de ésta haya en los individuos.

Al observar en el estudio el aspecto de la manera de cómo se comportan los menores trabajadores delante de un problema ... son capaces de solicitar información, se muestra un poco de receptividad al no identificarse con la expresión abierta totalmente la actitud de solicitar información, situación que podría generar sentimientos de insatisfacción o pérdida de confianza en los amigos de los que menciona Erick Ericsson son de vital importancia.

Analizando este hecho desde la perspectiva positiva de la salud mental, puede ser una oportunidad para potenciar su estado de funcionamiento óptimo de la salud mental de los menores trabajadores y promover las cualidades de ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial, Bellot, Sandin y Ramos (1995); Jahoda, 19958; Martí Tusquets y Murcia Grau (1987); citados por Lluçh (1999)

En este referente se observa una similitud en todas las opciones, hecho que podría estudiarse desde la visión de Erick Ericsson como una etapa en la que se presentan múltiples cambios en sus aspectos físico y psicológico que pueden llevar al joven a ciertas confusiones en su actuar, hechos que deben ser revisados con mucho detalle para brindar una orientación adecuada a este grupo de muchachos.

Por otro lado este resultado difiere de los sustentos teóricos de los factores protectores que expresan diferentes autores así: se consideran fuerzas internas y externas que contribuyen a que el sujeto resista o aminore los efectos del riesgo (Fraser, 1997).

Continúa el autor y menciona el concepto de Resiliencia está atado al de adversidad, pues por definición la resiliencia es "una habilidad para surgir de la adversidad", a los "factores biológicos de riesgo o eventos de vida severamente estresantes", "hacer frente a las adversidades de la vida", o "la destrucción", "tener una vida sana en un medio insano". Para el caso del desplazamiento forzado, no habría lugar a dudas acerca de su categoría de adversidad; sin embargo, no es una sola, sino un conjunto de estas, conexas. Cabe destacar que hay situaciones en que la adversidad puede resultar relativa, obedeciendo a su rigor y quién sea el sujeto lastimado.

La resiliencia es un conjunto de procesos intra psíquicos sociales e interactivos, que provee combinaciones entre propiedades del sujeto o grupo y su ámbito familiar, social y cultural caracterizados por la habilidad, el enfrentamiento, la resistencia, la capacidad de proteger la propia integridad; que pueden configurar historia de levantamiento desde la adversidad, bajo formas de presión, factores de riesgo o destrucción, eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes en el individuo o grupo expuesto, quienes pese a esas circunstancias difíciles, las superan, se transforman, se recuperan y posibilitan la construcción de un ciclo vital sano accediendo a una vida con sentido, significativa y productiva.

En el referente de las relaciones con los jefes y profesores, se observa una similitud en todas las opciones, hecho que podría estudiarse desde la visión de Erick Ericsson como una etapa en la que se presentan múltiples cambios en sus aspectos físico y psicológico que pueden llevar al joven a ciertas confusiones en su actuar, hechos que deben ser revisados con mucho detalle para brindar una orientación adecuada a este grupo de muchachos.

La función social y política de la familia menciona Zamudio, L. Clavijo, H. (1982.), cita hecha por Mejía (1999): La familia es un regulador básico para la armonía de la sociedad, mediante ella se regula el comportamiento y es un factor socializador no solo del niño sino de todos sus miembros. Es decir, la familia protagoniza el proceso socializador de las personas, moldea los roles sociales y económicos, la conciencia política, los conceptos socioculturales y morales entre otros. La familia es el contexto social fundamental para dar un equipamiento de comportamientos y creencias.

La organización familiar pretende dar identidad y posición en el sistema social imperante a los individuos que entran en la familia por nacimiento, adopción y matrimonio. Moldea los roles sexuales y económicos, la conciencia política, los conceptos socioculturales y morales entre otros. Da a sus miembros identidad y posición en el sistema social imperante. Además de ello, el hombre tiene una dimensión política que lo lleva a influir, organizar o decidir en la comunidad en la cual nace o se desenvuelve. En la familia nacen los ciudadanos y estos encuentran en ella la primera escuela de

las virtudes o vicios sociales. Amar sostiene sin exagerar que el hombre aprende a ser humano en el interior de una familia.

- Función educativa: la familia es la primera educadora de los individuos. Esta función se ha generalizado como natural a ella y la asume en una doble dimensión: individual y social.

Es la familia quien educa e integra al hombre a la sociedad. Allí aprende el valor y la significación de la autoridad. Hoy día, la reproducción del conjunto de ideas y valores dominantes por los cuales se explican y valoran los fenómenos sociales, se da fundamentalmente a través del aparato educativo formal y de los medios de comunicación social. Sin embargo, la experiencia prueba que la fuerza de la personalidad de los padres, su madurez y su prestigio ejercen una poderosa acción educativa sobre el niño y el adolescente.

Síntesis del factor dominio del entorno, cuando los padres suelen aceptar a sus hijos en el verdadero sentido de la palabra; les ofrecen el apoyo y el afecto que ellos necesitan; estimulan en ellos el sentido de la pertenencia familiar y social; favorecen su autoestima y los impulsan a su autorrealización los hijos, están en condiciones para lograr un óptimo desarrollo humano.

Estas funciones familiares se intersectan con los elementos relacionados con la dinámica misma de la familia, hecho que no se muestra claro en las respuestas de los menores trabajadores y podría explicarse desde su condición de ocupados y no comprometer las funciones de la familia.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

La evaluación realizada a la salud mental de los menores trabajadores mostró resultados satisfactorios que pueden concluirse de la siguiente manera:

Los sujetos del estudio están comprendidos en el grupo etáreo entre las edades de 7 y 17 años, pero predomina el trabajo de menores en la edad de 12 años, ya que el 26,3% (21) de los menores de la población estudiada corresponde a esta edad.

El 100% de los menores trabajadores realizan sus actividades en el mercado público y las afueras de los almacenes de cadena de Santa Marta.

Con relación a los aspectos de la salud mental positiva estudiados es importante resaltar que:

En el factor 1: "Actitudes hacia sí mismo", los menores trabajadores demuestran a través del estudio, con las preguntas 4,14,20,23, 31, 38 y 39 que los componentes de autoconcepto o auto aceptación, autoconfianza y/o autodependencia son positivos. De esta forma Jahoda cita diferentes autores y menciona que la auto aceptación implica que las personas han aprendido a vivir consigo mismas, aceptando sus propias limitaciones y posibilidades. La autoconfianza engloba la autoestima y el autorrespeto e implica que la persona se considera así misma buena, fuerte y

capaz. Por último la autodependencia, incluye el concepto de autoconfianza pero enfatiza la independencia de los demás y la propia iniciativa, reforzando la idea que uno depende fundamentalmente de sí mismo y de sus propios criterios.

Continuando con los teóricos Self, citado por Jahoda (1958), propone que el criterio de "actitudes hacia sí mismo", incluye cuatro dimensiones que son: Accesibilidad del yo a la conciencia
Concordancia yo real - yo ideal
Autoestima
Sentido de identidad.

En el ítem de la insatisfacción consigo mismo que se presenta (tabla 39), puede explicarse según los cambios biológicos de la pubertad, que señalan el final de la niñez, dan por resultado un rápido aumento de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales y la adquisición de la madurez sexual. Esos impresionantes cambios físicos forman parte de un largo y complejo proceso de maduración que empieza incluso antes del nacimiento, y sus ramificaciones psicológicas continúan en la edad adulta. Papalia Diane, novena edición.

En el factor 2: "Crecimiento y autoactualización", es otro elemento de la salud mental positiva que incluye Jahoda en el modelo que fue aplicado a los menores trabajadores y en el que se obtuvieron muy buenos resultados, estos se vieron reflejados en las preguntas 7, 12, 16, 17, 29 y 32, las cuales dieron resultados positivos, a excepción de la 29, la cual puede explicarse con la falta de tiempo para el menor percibir la realidad o simplemente ve su futuro sin definir.

Este criterio está relacionado con lo que la persona hace con su vida. La autoactualización denominada también autorrealización o crecimiento personal. Es explicada en dos sentidos que son:

1. Como un principio general de vida, es decir, como la fuerza motriz que moviliza la actividad de los organismos.
2. Como un criterio de salud mental positiva que tiene dos dimensiones: la motivación por la vida y la implicación en la vida.

La autoactualización incluiría también la dimensión de autoconcepto aunque ya ha sido abordado en el criterio independiente.

En el tercer factor "Integración", los menores trabajadores continúan teniendo respuestas positivas en la aplicación de las preguntas 2, 5, 6, 21.22, 26.

Hecho que implica en los menores trabajadores que manejan una interrelación de todos los procesos y atributos de la persona.

Algunos autores tratan este criterio como parte del autoconcepto o como parte de la autoactualización, pero Jahoda (1958), considera que debe abordarse como una categoría independiente.

Jahoda en su modelo considera la integración como criterio de salud mental positiva, de acuerdo a una de las tres perspectivas siguientes:

1. Equilibrio psíquico
2. Filosofía personal sobre la vida
3. Resistencia al estrés

La "autonomía" es el cuarto factor evaluado en el estudio de los menores trabajadores y que teniendo en cuenta los resultados, este criterio está comprometido en alguna medida, presentando una negatividad en el ítem que hace referencia a la toma de decisiones en casos importantes, corresponde a la pregunta 34; de acuerdo al resto de interrogantes: 10,13, 15,19, 33, y 35, los menores están muy bien en la toma de decisiones y que menciona Jahoda (1958), es uno de los criterios de salud mental positiva que ha superado los filtros de los diferentes estudios realizados y se ha establecido como un criterio con identidad propia.

Jones y Crandall (1986) definen la autonomía como una dimensión de la persona actualizada. Así mismo Costa (1994) considera la autonomía como una característica de la salud mental ligada a la libertad personal:

"La actuación del individuo ha de estar bajo el control voluntario, se ha de poder modificar libremente y poseer autonomía personal para poder decidir, en todo momento, lo que hace falta hacer. Esta pérdida o reducción de la libertad, es para muchos autores, el aspecto crucial de la

enfermedad psíquica. El enfermo se tiene que comportar de una manera determinada, a veces incluso en contra de los propósitos conscientes de él mismo". (Costa 1994).

El factor 5 "Percepción de la realidad" de los menores trabajadores está muy coherente con el referente teórico de Jahoda, el cual indica la capacidad que tiene la persona para percibir adecuadamente la realidad. La percepción del ambiente no puede ser totalmente objetiva, pero si lo aproximada para permitir interacciones eficientes entre la persona y su medio ambiente.

De la misma manera considera Jahoda (1958), que la percepción no puede aislarse de otros procesos cognitivos como la atención, el juicio o el pensamiento y está estrechamente vinculada a la percepción social. Existen dos dimensiones de la percepción de la realidad: Percepción objetiva y empatía o sensibilidad social. Preguntas 1, 3, 8, 11, 18, 24, 25, 37.

El factor 6 "Dominio del entorno", es el otro criterio que está comprometido negativamente en los menores trabajadores. Preguntas 9, 27, 28, 30 y 36.

Este criterio está vinculado a dos temas fundamentales: el éxito (que enfatiza el logro o resultado) y la adaptación (que enfatiza el proceso). Dentro de este criterio Jahoda distingue seis dimensiones íntimamente relacionadas:

Satisfacción sexual

Adecuación en el amor, el trabajo, y el tiempo libre

Adecuación en las relaciones interpersonales
Habilidad para satisfacer las demandas del entorno
Adaptación y ajuste
Resolución de problemas.

Para finalizar, se observó que los menores trabajadores tienen muy satisfecha la parte que tiene que ver con la persona misma como son: la actitud hacia sí mismo, la integración, el crecimiento y la autoactualización, a excepción de un componente de las actitudes hacia si mismo y un componente de la autonomía, respuestas que pueden estar muy relacionadas con los cambios de la edad, especialmente en el área psicológica.

Demuestran en la parte del entorno: tener definido pocos componentes de la percepción de la realidad y sin definir el dominio del entorno.

8.2 RECOMENDACIONES

Pensando en el aporte de este estudio, a los menores trabajadores, a los profesionales que realizan algún trabajo con ellos, a las instituciones que desarrollan actividades con los menores trabajadores como también a la investigadora. Se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

-Por tratarse de un grupo de menores trabajadores entre las edades de 7 a 17 años, del sexo masculino y estudiantes, se sugiere continuar con el programa de Promoción y orientación que desarrolla e I. C. B. F pero también sería importante

hacer alianzas con instituciones como el SENA para educar sobre la parte del hacer y del ser, componente éste que se encuentra un poco comprometido en lo que tiene que ver con la parte de las relaciones interpersonales, la comunicación y el dominio del entorno.

- Montaje de capacitación y microempresas para las familias de los menores trabajadores, esto con el fin de aprovechar las políticas del gobierno y miras a salvar los derechos de estos menores como el de la educación.

-Aprovechar de manera positiva el talento de los estudiantes de psicología que realizan sus prácticas en la institución donde se reúnen los menores trabajadores, teniendo en cuenta los resultados del estudio para distribuir el trabajo individual y grupal en las áreas que requieren mantenimiento, motivación y estímulo en los menores, de igual forma implementar un trabajo más específico en aquellas áreas que de una u otra forma se vieron comprometidas en los resultados.

- A través de la secretaría de desarrollo departamental, implementar un programa de promoción de salud mental para los menores trabajadores que asisten al ICBF, con el único fin de reforzar los conocimientos, sentimientos y comportamientos que hicieron posible en forma general la estabilidad en los diferentes criterios de la salud mental positiva que mostraron los resultados y recuperar aquella parte de los factores de la autonomía y dominio del entorno que desde este estudio se observó requieren una atención más de cerca.

- Motivar a las familias de los menores trabajadores, la creación de una fundación o liga que les permita desarrollar programas de apoyo y consecución de recursos del orden gubernamental, no gubernamental, nacional o internacional.

- Estimular la implementación de grupos juveniles, de niños o de diferentes grupos etáreos que dediquen tiempo a la parte espiritual, deportiva, cultural y creativa de estos menores que son el futuro de nuestro tejido social.

- Motivar a otros estudios de investigación con instrumentos donde se manejen criterios como la adaptación, el afecto, el crecimiento personal, el componente escolar u otros a fines posiblemente más específico para la edad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abella, D. (1981b.) Corrents conceptuals metodologies en psiquiatria. Ed. 62
- Abella (DIR.), Psiquiatria Fundamental (pp. 33-50).
Barcelona: Ediciones 62.
- Alarcón, W. Profundizando la exclusión. El trabajo de niños y adolescentes en América Latina - Infancia y Desarrollo- 2000-
Lima Perú.
- Alcántara: (1990). Como educar la Autoestima. Barcelona.
CEAC.
- Álvarez, R. (1998). Salud pública y medicina preventiva.
México: El Manual Moderno.
- Amunátegui, L. F (1997). Prevención del consumo de drogas en
adolescentes.
- Amerigo, M. (1993).La calidad de vida. Juicios de
satisfacción y felicidad como
Indicadores actitudinales de bienestar. Revista de
psicología social, 8 (1), 101-110.
- Angarita et cols (1997). Hacia donde va Colombia? Una mirada
desde Antioquia. Instituto Popular de Capacitación, Medellín.
- Aparicio, D. y Barenblit, V. (1992). Introducción. En D.
Aparicio (DIR.), Salud Mental. Monografías clínicas en
atención primaria (nº 11, pp. XIII-XVIII). Barcelona: Doyma.
- Angoyard, P. y Renaud, L. (1998). El concepto de
apoderamiento y su aplicación en algunos programas de
promoción de la salud. Promotion and Health, 5 (2), 46-47.
- Avia, M^a D y Vásquez, C. (1998). Optimismo inteligente.
Madrid: Alianza Editorial.
- Axel K. y Ronaldo L. (1992). Compiladores, Atención primara
de salud. Principios y métodos.

Baca, (1992). Epidemiología psiquiátrica. En J. L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), Manual de psiquiatría (pp. 73-84). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

Baca, E. Calidad de vida y aspectos económicos de la psiquiatría: el análisis Coste - utilidad. Archivos de neurobiología, 58 (2), 189-217. 1995^a

Baca, E. (1995b). El concepto de salud mental: notas para un análisis del estado de la cuestión. Archivos de neurobiología, 58 (4), 341-349.

Barboza, L, et all, compiladores, Compendio...niñez. Instrumentos jurídicos Nacionales e Internacionales - Tomos 1 y 2- Editorial Amar/UNICEF Paraguay/ CDIA (Coordinadora por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia)- 2001- Asunción Paraguay.

Bequele y Myers, A. Prioridad del trabajo infantil: La eliminación del trabajo perjudicial para los niños - UNICEF / Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales de España/ O.I.T - Madrid España - 152 páginas.

Bernardo, M. (1998). Epidemiología psiquiátrica. En J. Vallejo (Director), Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (4^a ed., pp. 61-68). Barcelona: Masson.

Bowling, A. (1994). La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson. (Original de 1991).

Bloch (citado en Fernández-Ríos, Cornes y Codesido, (1997) Psicología preventiva: situación actual. En G. Buela-casa, L. Fernández- Ríos Carrasco y T. J. Carrasco (Eds.), Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención (pag 59- 77). Madrid: Pirámide.

Bravo, M. y Serrano-García, (1997). I La psicología preventiva y el apoyo social. En G. Buela-Casal, L.

Fernández-Ríos y T. J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 117-135). Madrid: Pirámide.

Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

Briones G. (1992). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México Trillas

Bruner, J. *Realidad Mental y otros mundos posibles*. Bedisa. Barcelona 1988

Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*, Editorial Pirámide, Madrid.

Buendía (Coord.), *Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales* (pp. 169-185). Murcia: Publicaciones Universidad de Murcia.

Caballo, V. E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.

Cabrero, J. L. (1998). *Prevención y asistencia psiquiátrica*. En J. Vallejo (Director), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed., pp. 857-866). Barcelona: Masson.

Cáceres, J. (1998). *Terapia de pareja*. En M. A. Vallejo-Pareja (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. I, pp. 529-562). Madrid: Dykinson. .

Casas, F. (1998). *Calidad de vida y medio ambiente*. *Revista de treball social*, 149, 6-20.

Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial y la Aseguradora PREVER. (2001). *Cartilla básica de Salud Ocupacional*.

Código Laboral, Ley vigente 213 del /93

Castaño. (1994). *Violencia socio-política en Colombia. Repercusión en la salud mental de las víctimas*. Corporación AVRE, Bogotá.

Castellán: CASTELLAN, Ivonne. La familia: del grupo a la célula. Kapeluz. Buenos Aires 1983. P. 99.) "

Castillo Varela, Zoraida, ¿Una antigua forma de esclavitud en el nuevo milenio?. Trabajo doméstico infantil en hogares ajenos- Save the children Reino Unido Programa para América del Sur.- 2001 - Bogotá Colombia - 71 páginas.

Costa, M. y López, E. (1986). Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca.

Céspedes, R. y otros. 1996. Diagnóstico sobre Niño/as y adolescentes trabajadores de la calle (NATC); Consultoría para el BID. Asunción: BID, s.p.

Céspedes, Roberto, 1997. Estudio Nacional sobre Trabajo Infantil en Paraguay, OIT/IPEC.

Clay Lindgren, H. Introducción a la Psicología Social. México: Trillas, 1986. P. 35).

Chaney, E. compiladores, Muchacha, cachifa, criada, empleada, empregadinha, sirvienta y más nada. Trabajadoras del hogar en América Latina y el Caribe - Editorial Nueva Sociedad- Edición en Castellano - 1993 - Venezuela. 425 páginas.

Chalifour, J. (1994). La relación de ayuda en cuidados de Enfermería. Una perspectiva holística y humanista. Barcelona: SG Editores.

Del Rey, J. (1998) Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción. Madrid: Harcourtg Brace.

Deutsch y S. W. Cook (Eds.), Métodos de investigación en las relaciones sociales (pp. 530-551). Madrid: Rialp. (Original de 1959).

Documental. (1995). Dimensiones y tendencias del trabajo infantil en la región caribe.

Dughi et coll. Salud Mental, (1995). Infancia y Familia. UNICEF/IEP. Lima.

Francezon de Pedroza, S. Diagnóstico de la situación jurídica del Criadazgo en el Paraguay - Global Infancia - mimeo- 2001 Asunción Paraguay.

Frescura y Candia, L. P, Derecho paraguayo del trabajo y de la seguridad social- Editorial El Foro - 3ª Edición - 1986 - Asunción Paraguay.

Gómez, M. 1997. Miles de trabajadores pequeños. Reflexiones. Propuestas. Asunción: UNICEF, 78 páginas.

Gómez, M; Hevia, R. 1996. El trabajo infantil en la calle. Los límites desbordados (Asunción y alrededores). Asunción: UNICEF/CEDEM, 66 páginas.

Federación mundial de la Salud mental.1982.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez. Condiciones diferenciales. Intervención psicosocial, 6 (1), 21-35.

Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (1997). El concepto de salud/enfermedad. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T. J. Carrasco Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención (pp. 27-38). Madrid: Pirámide.

Fernández-Ríos, L. y Cornes, J. M. (1997). Psicología preventiva: concepto y perspectivas. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), Fernández-Ríos, L., Cornes, J. M. y Codesido, F. (1997). Psicología preventiva: situación actual. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), Fernández, H. y Nicemboin, E. (1998). Prevention of mental disorders: steps toward community interventions. Journal of community psychology, 26 (3), 205-217.

Fernández, (1998). I. Prevención de la violencia y resolución de conflictos. Madrid: Narcea.

.Ferrer, Aldo. La crisis Socioeconómica en América Latina y las políticas de ajuste. CIDES. Buenos Aires. 1992), citado por Sánchez Omar (tesis 1997).

Fortuny, M. y Cruz, M (1998). Educación per a la salut. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona (Textos docents: 137. Text- guía).

Gálvez, R (1993). El método epidemiológico aplicado a los problemas de salud mental.

Gambrill, E.D. y Richey, (1975). C.A. An Assertion Inventory for use in assessment and research. Behavior therapy, 6, 550-561.

Garanto, J. (1984). Las actitudes hacia sí mismo y su medición. Barcelona: Ediciones Universitat de Barcelona.

García, J., Espino, A. y Lara, L. (1998). La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Madrid: Díaz de Santos.

García, García, (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. Revista española de Salud pública, 72 (4), 285-287.

García-Riaño, D. (1991). Calidad de vida. Aproximación histórico-conceptual. Boletín de Psicología, 30 (3), 55-94.

García-Riaño, D. (1998). Inventario de Calidad de Vida: I. C. V.-2R. Anales de psiquiatría, 14 (8), 358-376.

García -Riaño, D., Bellver, N., Martínez, G., Paúl, M. J. y Pérez, M. I. (1997). La calidad de Vida en el tiempo (1989-1994). Boletín de psicología, 55, 77-90.

Geddes, S. J. y Van der Horst, J. A. J. (1998). Economía de la promoción de la salud: mecanismos, responsabilidad, justificación. Promotion and health, 5 (2), 45-46.

Goldenberg, M. y Lubchansky, I.L. (1990). Salud mental. En A. Sonis (Dir.), Medicina sanitaria y administración de

salud. Actividades y técnicas de salud pública (Tomo I, pp. 293-323). Buenos Aires: El Ateneo.

Gracia, D. y Lázaro, J. (1992). Historia de la psiquiatría. En J. L. Ayuso y L. Salvador. (Dir.), Manual de psiquiatría (pp. 17-31). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

Gracia-Guillen, D. (1990). El enfermo mental y la psiquiatría española de la postguerra. *Informaciones psiquiátricas*, 120 (2), 161-171.

Gutiérrez, R. (1990). Persona y felicidad. Desarrollo de la dimensión interior. México: Esfinge.

Hernández, M. (1997). La salud mental en atención primaria. Realidades y controversias. *Archivos de neurobiología*, 60 (3), 201-206.

Heisecke, E. y otros. 1995. Las criaditas de Asunción. Trabajo infanto-juvenil I. Asunción: Así Es-Atyha, 177 páginas.

Hevia, Rita. 1997. "Yo y mi familia". Aspectos psicológicos de la Relación Familiar de los NATC. Asunción: UNICEF, 69 páginas.

Hurtado, Celso. El desarrollo. En: interdisciplinariedad y ciencias humanas. Madrid. Tecnos 1980.

Infancia y desarrollo@terra.com. (2005. Artículo).

Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. Nueva York: Basic Books.

Jahoda, M. (1965). Investigación y teoría. En C. Selltitz, M. Jahoda, M.

Jahoda, M. y Warren, N. (1966). Attitudes. Selected readings. London: Penguin books.

Jahoda, M. (1967). El prejuicio racial y la salud mental. En O. Klineberg y M. Jahoda (Dir.), Raza, psicología y salud mental, (pp. 104-114). Buenos Aires: Humanitas.

Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment. Values, theories, and approaches in social research. *American psychologist*, 36 (2), 184-191.

Jahoda, M. (1982). Employment and unemployment. A social-psychological analysis. Cambridge: University Press.

Jahoda, M. (1984). Social institutions and human needs: a comment on Fryer and Payne. *Leisure studies*, 3, 297-299.

Jahoda, M. (1986). In defence of a non-reductions social psychology. *Social behavior*, 1, 25-29.

Jahoda, M. (1988). Economic recession and mental health: some conceptual issues. *Journal of social issues*, 44 (4), 13-23.

Jarne, A. y Requena, (1996). Conceptos fundamentales. En A. Jarne (Coord.), *Psicopatología clínica* (Vol. I, pp. 11-37). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Light, Donald. Keller. Suzanne. (1989). *Sociología*. Mc Graw-Hill. México

Lluch, M.T. (1997b). Técnicas para desarrollar los recursos personales. En G. Novel, M.T.

Lluch y M.D. Miguel (Dirs.), *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 55-65). Barcelona Masson.

Jha, S. (1998). Facultar a las personas para forjar la salud. *Promotion and health*, 5 (3-4), 127-128.

Kazdin, A. E (1996). *Conducta antisocial*, Editorial Pirámide, Madrid.

Kessler, R.C. (1999). The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions - the NAPE lecture 1998. *Acta psychiatrica scandinavica*, 99, 2-9.

Kinsman, R.A., O'Banion, K., Resnikof, P., Luparello, T.J. y Spector, S.L. (1973). Subjective symptoms of acute asthma within a heterogeneous sample of asthmatics *Journal of allergy and clinical immunology*, 52, 284-296.

Kozma, A., Stone, S. y Stones, M.J. (1997). Los enfoques de Top-down y Bottom-up del bienestar subjetivo. *Intervención psicosocial*, 6 (1), 77-90

Marquet, R (1998). Gestión de la calidad en atención primaria de salud. En J. Del Llano, V. Ortún, J.M. Martín, J. Millán y J. Gené (Dir.), *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*, (pp. 241-255). Barcelona: Masson.

Martí, J.L. (1987) *Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica*, Editorial Herder, Barcelona.

Mejía, Gómez Diego. (1991). *Salud Familiar para América Latina*. Ascofame. ACOFAE. ACFO. UNIVALLE.

Menchú, R. (1998). Poder local y participación ciudadana. *Promotion and health*, 5 (3-4), 125-126.

Mesa, P.J. (1986). *El marco teórico de la psicopatología*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Manuales Universitarios.

Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buena-Casal, V. E. Caballo y J.C. Sierra (Dir.), *Manual de evaluación en psicología clínica y salud*. (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.

Ministerio de Salud. *Política de Salud Mental*. 1998.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica.

Miller (1996), Ajdukovic, M. y Ajdukovic, D. (1993) *Relación entre la salud mental y los niveles de Estrés de los niños y de sus padres. En particular, entre los síntomas depresivos en las niñas y un estado de salud degradada de sus madres, cita de Palacio y Sebatier (2002)*.

Mobilización y trabajo infantil. UNICEF. Nueva York. Oslo. 1997.

Miller, K. (1996). The effects of state terrorism and exile on indigenous Guatemalan refugee children: A mental health assessment and an analysis of children's narratives. *Child Development*, 67, (1), 89-106.

Norton, L. (1998). Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice?. *Journal of advanced nursing*, 28 (6), 1269-1275. Nutbeam, D. Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13 (1), 27-44.

O'Byrne, D. (1998). El poder del partenariado en la promoción de la salud. *Promotion and health*, 5 (3-4), 118. Organización Internacional del Trabajo. Sistema de información regional sobre el trabajo infantil. SIRTI. En: 1997, 1999, 2000, 2001, 2002.

Organización Mundial de la Salud Alma-Ata (1978): atención primaria de salud.

Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie "Salud para todos", n° 1.

Organización Mundial de la Salud (1979). Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud Serie "Salud para todos", n° 2.

Organización Mundial de la Salud (1981). Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie "Salud para todos", n° 3.

Organización Mundial de la Salud (1990). La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria.

Ginebra: O. M. S

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor

Organización Mundial de la Salud (1994). Noveno programa general de trabajo para el periodo 1996-2001. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie "Salud para todos", n° 11.

Organización Mundial de la Salud (1997). La salud mental de los refugiados. Ginebra: O. M. S.

Organización Panamericana de la Salud (1998). Prevención clínica. Guía para médicos. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Orley y Saxena (1998). ¿Qué calidad de vida? . Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Acta psiquiátrica psicológica de America Latina, 44 (2), 185-186.

Organización Mundial de la Salud. 1948, 1954.

Organización Mundial de la Salud La salud mental de los refugiados. Ginebra: 1997.

Organización Panamericana de la Salud. (1998). Prevención clínica. Guía para médicos. Washington.

MINISTERIO DE JUSTICIA Y TRABAJO- Gobierno de Unidad Nacional 1999 - Asunción Paraguay.

OIT/IPEC. 1996. Sindicatos y trabajo infantil en América Latina. Documentos del Seminario regional para trabajadores de países latinoamericanos sobre trabajo infantil. Ginebra: OIT, 108 páginas.

OIT - MERCOSUR Sociolaboral - Selección de Documentos Fundacionales 1991-1999 - Ginebra - Ediciones Corregidor - Buenos Aires Argentina.

OIT - Convenios y Recomendaciones internacionales del Trabajo 1919 - 1984, adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo - 1985 - Ginebra.

Osorio, Manuel, Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales - Editorial Heliasta - 1995 - Buenos Aires Argentina.

PNUD. Desarrollo Humano. Informe 1992. Santa Fé de Bogotá. P. 38.

Pucheta De Correa, A. "Los Derechos de familia y su proyección en la Constitución", en Camacho, Emilio et all, compiladores - Comentario a la Constitución Nacional. Homenaje al Quinto Centenario - Corte Suprema de Justicia - 1997- Asunción Paraguay - 149-169 p. p.

Pucheta De Correa, A. Manual de Derecho de la Niñez y la Adolescencia. Ley 1680. Código de la Niñez y la Adolescencia y Ley Especial 1702. Ley 1136 de Adopción - Ediciones de la Universidad del Pacífico - 2001 - Asunción Paraguay.

Pol, E. y Valera, S. (1998). Calidad de vida, identidad y sostenibilidad. Revista de treball social, 149, 21-34.

Prieto, J .M. (1993) Comentario al artículo: la calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. Revista de psicología social, 8 (1), 119-124

Sadlier, K. (1997). Exposition chronique des enfants à la violence socio-politique. Psychologie Française 42-3. 229-236.

Roa M. (1990). La Valoración del Sí Mismo. Santiago de Chile. Patris.

Rodríguez, J. (1995). Psicopatología del niño y del adolescente, Universidad de Sevilla.

Romano, Esther, et all, compiladores, Maltrato y violencia infanto-juvenil. Aspectos jurídicos, pediátricos, psicológicos y sociales - Asociación Argentina para la infancia - Nuevo Pensamiento Judicial Editora -1998 - Buenos Aires Argentina.

Rigol, A. y Garriga, X. (1991). Salud Mental en el Sistema Global de Salud. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), Enfermería

de Salud Mental y Psiquiátrica (pp.93-119). Barcelona:
Salvat.

Ricour, Paúl. Finitud y culpabilidad. Madrid Taurus. (1982.
P. 153)

Revista de Psicología General y aplicada, vol. 44. Pirámide.
Abril. 1991.

Revista de Psicología General y aplicada, pro libro. Vol. 51.
Abril 1998.

Sáinz, M (1997). La cultura de la salud en España. Centro de
salud, 5 (6), 351-353.

Strupp, H. H. y Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of
mental health and therapeutic outcomes. American
psychologist, 3, 187-196.

Subias, P. J, Martín-Rabadán, M. y Maymó, N. (1997).
Evaluaciones del programa. Atención primaria, 20 (2), 16-20.

Sánchez, A. 1991. Psicología Comunitaria. Bases conceptuales
y operativas. Métodos de intervención (2ª ed.). Barcelona:
Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.

Sánchez, J. (1998). "Lo positivo, refuerza lo positivo".
Enfermería científica, 196-197, 3.

Seva, A. y Fernández, A. (1992). Medio siglo de epidemiología
y salud mental en España. En P. Antón (Coord.), Medio siglo
de psiquiatría en España (pp. 111-128). Madrid: Libro del
Año.

Shere Hite Ramírez, Fátima. En la familia no hay igualdad ni
justicia, en la revista Cambio 16 Febrero. (1996 No.137. p.
38)

Torres, A. I. (1998ª). Autoconcepto y calidad de vida en
personas de edad: un estudio empírico (1ª parte). Anales de
psiquiatría, 14 (2), 72-85.

Torres, A. I. (1998b). Autoconcepto y calidad de vida en personas de edad: un estudio empírico (2ª parte). *Anales de psiquiatría*, 14 (3), 116-132.

Torres, F., Moreno, B., Salvador, L., Romero, C. y de Jong, A. (1997). Clasificación Internacional de cuidados de salud mental. *Archivos de neurobiología*, 60 (2), 141-150.

Vázquez-Barquero. (1998). (edit.), *Psiquiatría en atención primaria* (pp. 849-866). Madrid: Grupo Aula Médica.

Winett, Riley, King y Altman. (1993). *Prevención en Salud mental. Un enfoque proactivo- evolutivo-ecológico.*

Zamudio, L. Clavijo, Hernando. *La estructura familiar en los sectores populares urbanos. Cenpatal.* (1982. P. 37), cita hecha por Mejía

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA

NOMBRE:

EDAD.....

SEXO:

Masc.

Femen.

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

FECHA:

Para responder a estas situaciones marca con una X la casilla que corresponda a la tuya.

	Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1 Me resulta difícil aceptar a los otros cuando tienen comportamientos distintos a los míos.				
2 Los problemas me bloquean fácilmente				
3 Me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				

4. Me gusta como soy				
5 Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas como enojo, ira, etc.				
6 Me siento a punto de explotar quiero gritar y dejar todo tirado				
7 Para mi, la vida es aburrida, monótona y fastidiosa				
8 Me resulta muy difícil dar apoyo emocional, es decir, dar aliento a una persona cuando se siente triste o dar una sonrisa / abrazo cuando alguien lo necesite				
9. Tengo dificultades para hablar y relacionarme con algunas personas				
10 Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi				
11. Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender lo que me dicen				
12 .Veo mi futuro con				

pesimismo				
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14. Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15. Soy capaz de tomar decisiones por mi mismo				
16. Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17. Intento mejorar como persona				
18. Creo que soy excelente dando consejos a las personas				
19. Me preocupa que la gente hable sobre mi comportamiento				
20 Creo que soy una persona sociable, agradable, amable, social y amigable				
21 Soy capaz de controlarme				

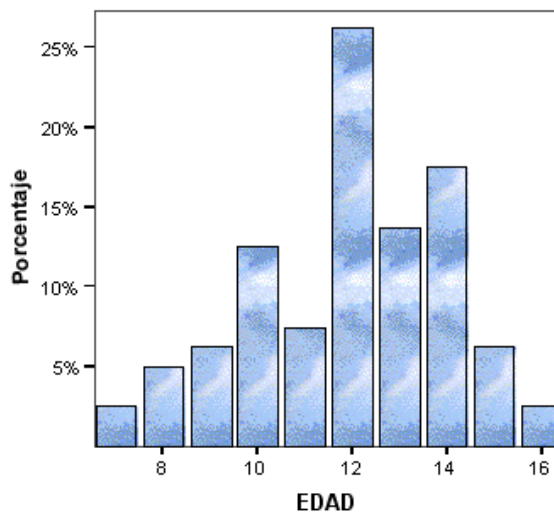
cuando tengo pensamientos negativos como hacerle daño a un amigo o compañero				
22 Soy capaz de autocontrolarme cuando se presentan situaciones conflictivas en mi vida como pelearme con un amigo o hermano				
23 Pienso que soy una persona En quien las personas pueden confiar				
24 Me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25 Pienso en las necesidades que tienen los demás				
26. Si tengo problemas en mi familia o colegio soy capaz mantenerme tranquilo y buscar una solución				
27. Cuando hay cambios a mi alrededor intento adaptarme				

28. Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
29 Si hay cambios en las actividades que hago a diario me alegro y me estimulan				
30 Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/padres				
31 Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32 Si soy buen en una actividad trato de desarrollar y aumentar esas habilidades para hacer dicha actividad				
33 Me resulta difícil tener opiniones personales				
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy inseguro				
35 Soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
37 Me gusta ayudar a los demás				
38 Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				

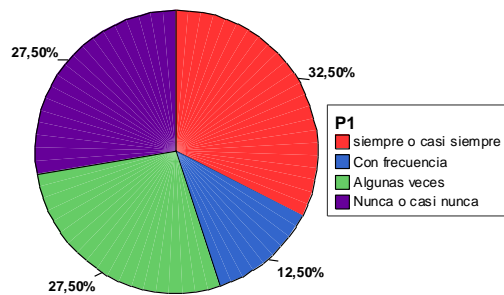
39. Me siento insatisfecho/o de mi aspecto físico				
---	--	--	--	--

Tomado de Lluch Canut María Teresa. Tesis
Doctoral.1999.Original.

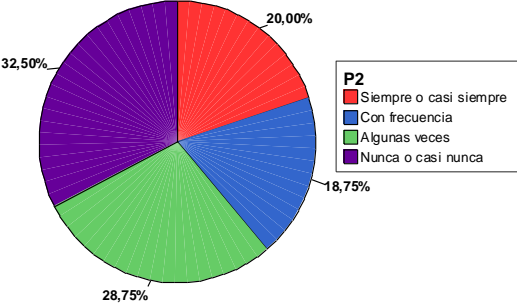
ANEXO 2 GRAFICAS



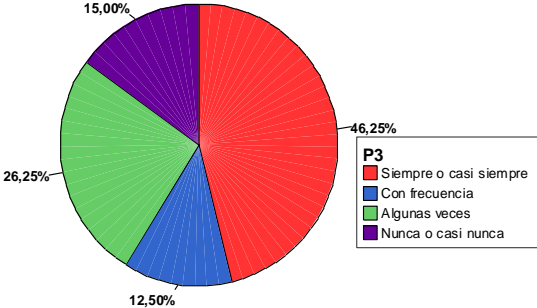
Gráfica 1



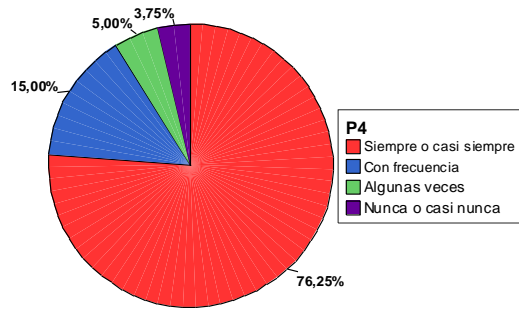
Gráfica 2



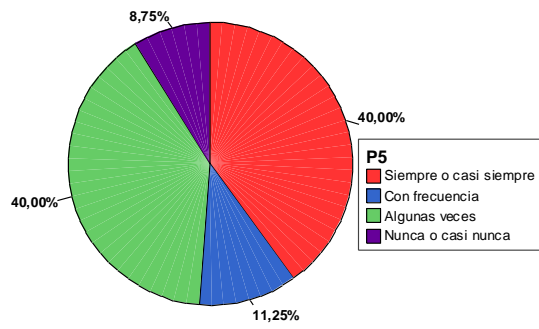
Gráfica 3



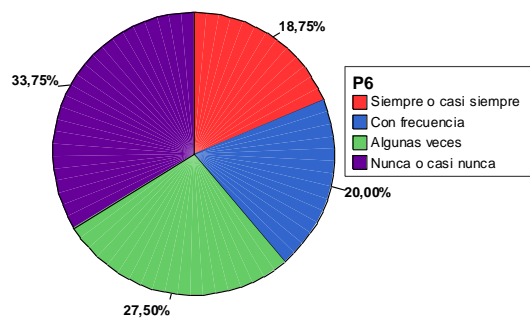
Gráfica 4



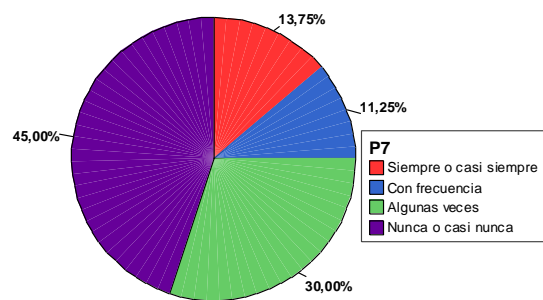
Gráfica 5



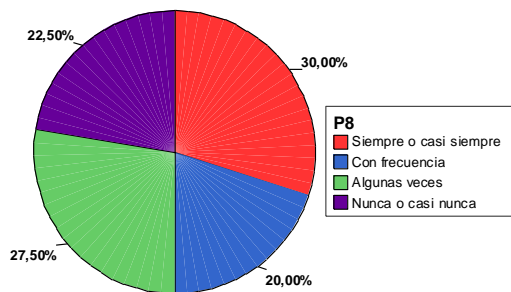
Gráfica 6



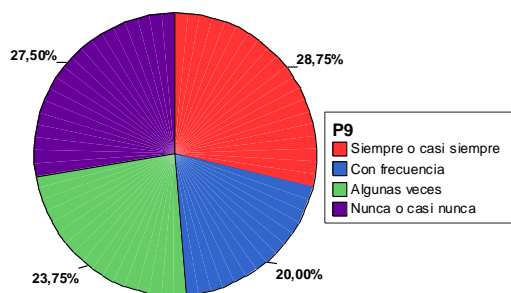
Gráfica 7



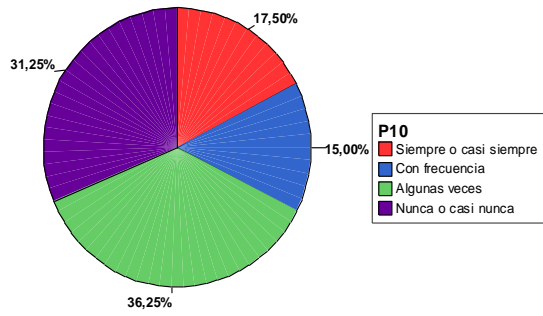
Gráfica 8



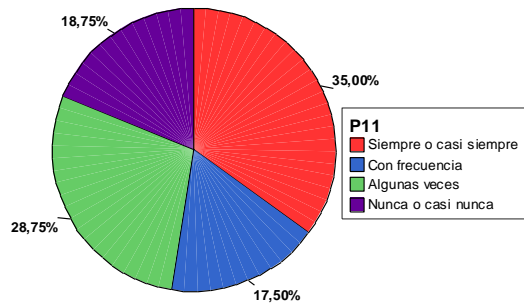
Gráfica 9



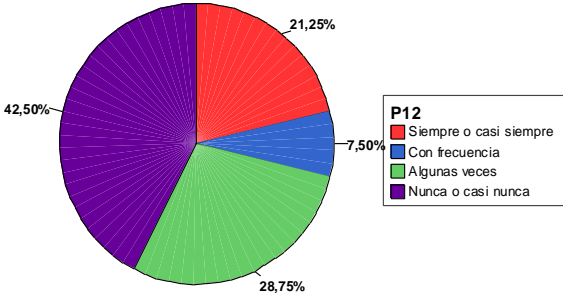
Gráfica 10



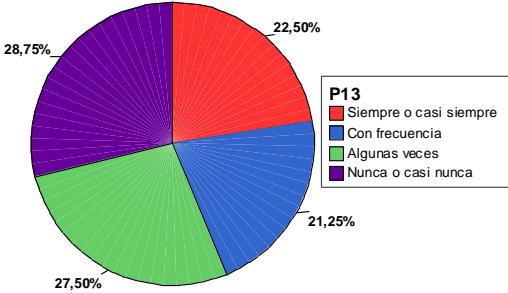
Gráfica 11



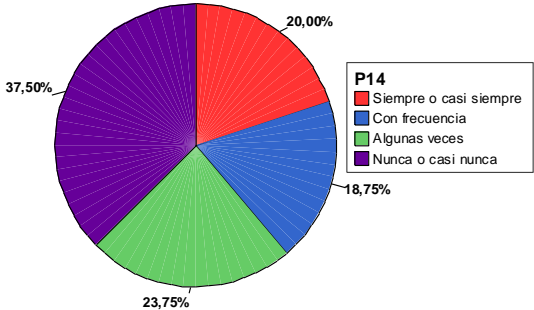
Gráfica 12



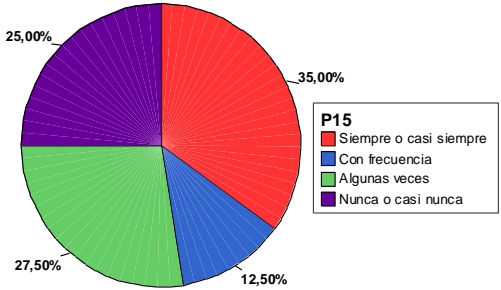
Gráfica 13



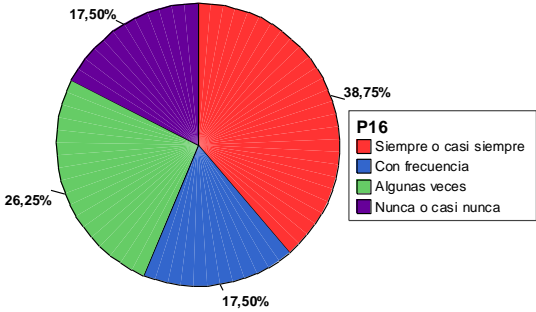
Gráfica 14



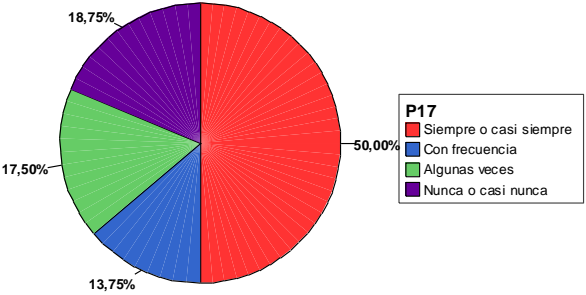
Gráfica 15



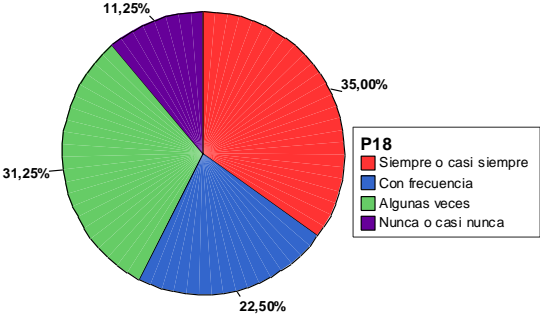
Gráfica 16



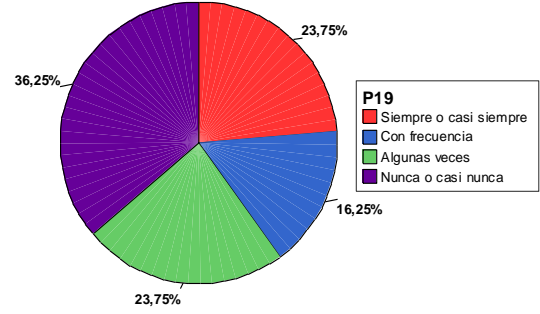
Gráfica 17



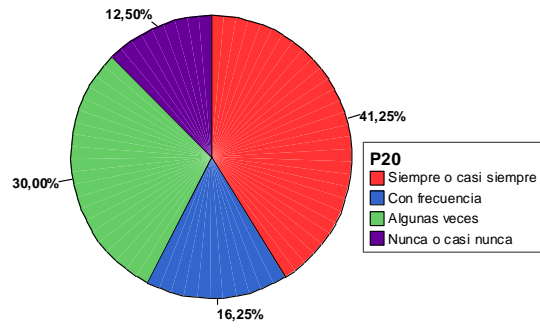
Gráfica 18



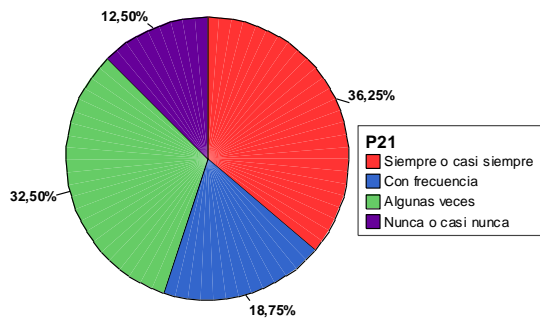
Gráfica 19



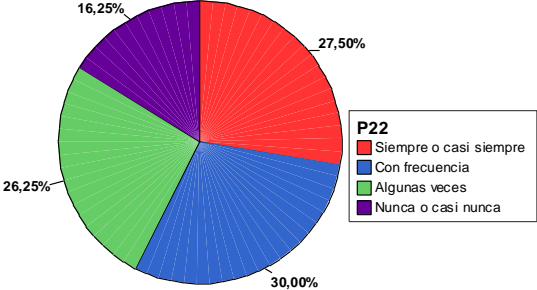
Gráfica 20



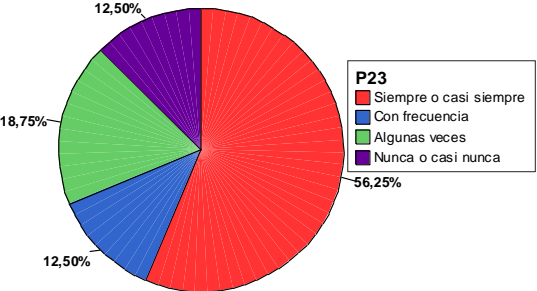
Grafica 21



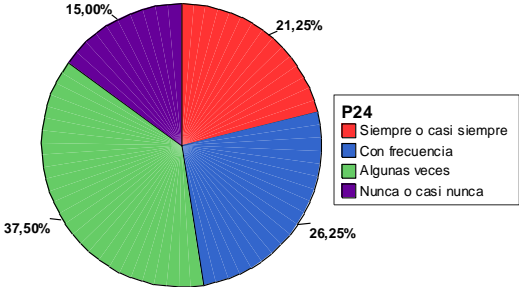
Gráfica 22



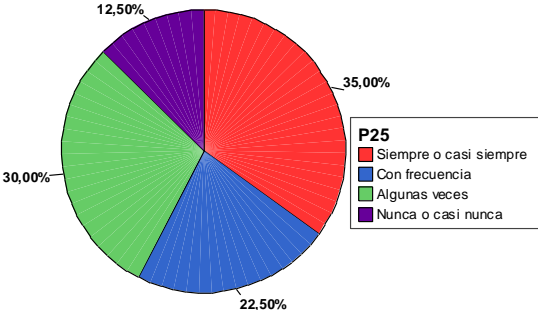
Grafica 23



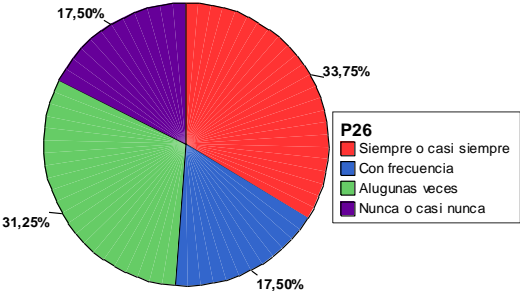
Gráfica 24



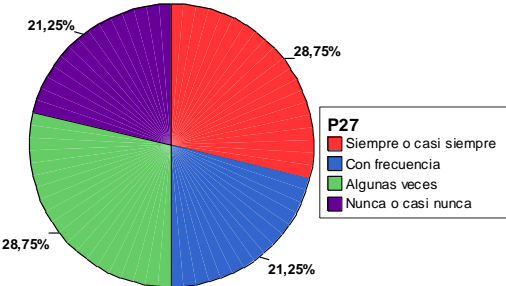
Gráfica 25



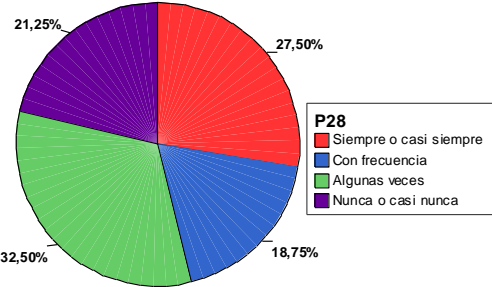
Gráfica 26



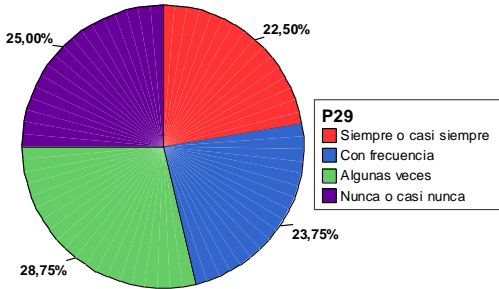
Gráfica 27



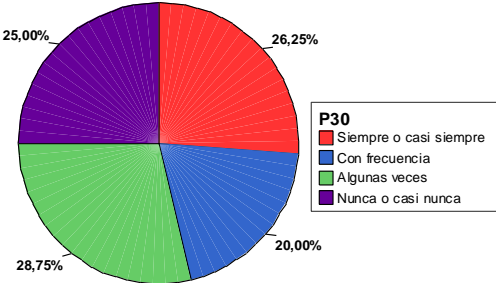
Gráfica 28



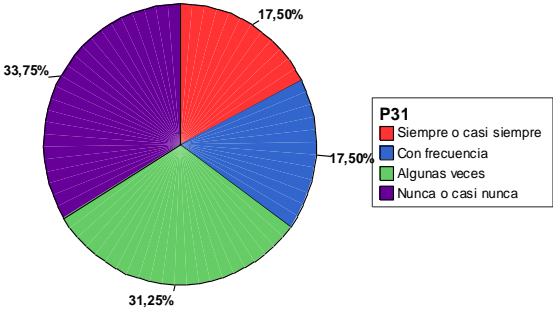
Gráfica 29



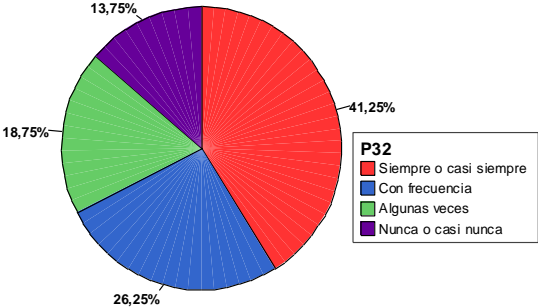
Gráfica 30



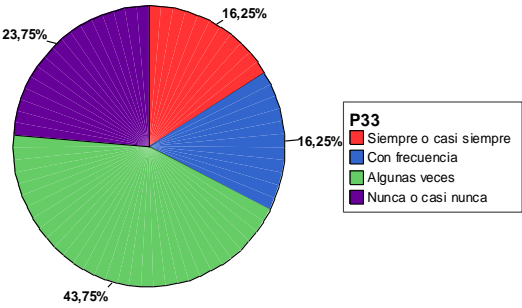
Gráfica 31



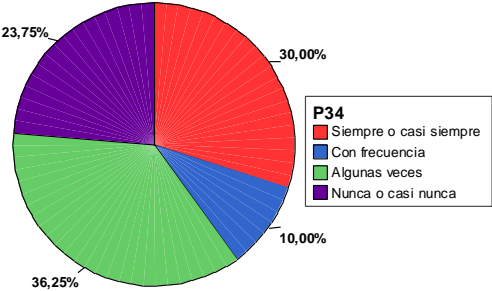
Gráfica 32



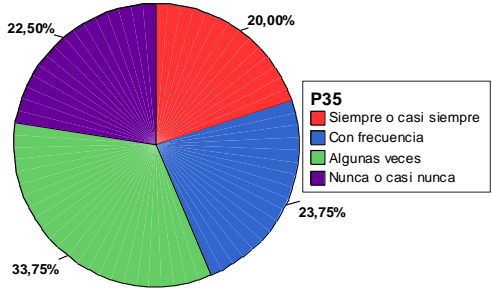
Gráfica 33



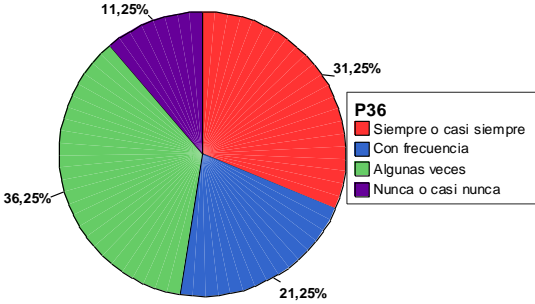
Gráfica 34



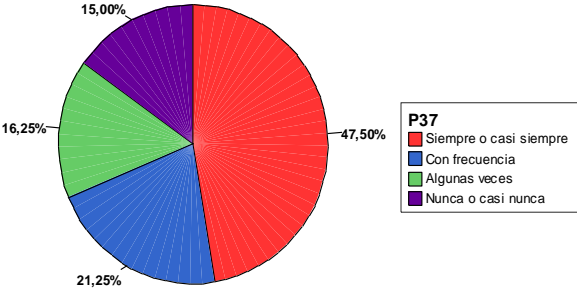
Gráfica 35



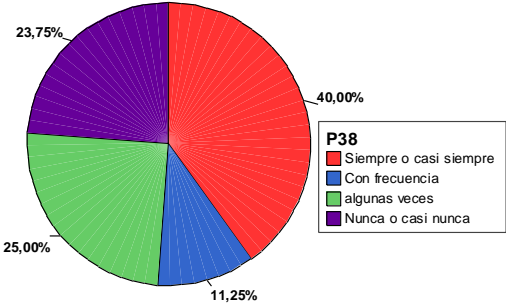
Gráfica 36



Gráfica 37



Gráfica 38



Gráfica 39

