

**SALUD MENTAL POSITIVA EN LOS MENORES  
TRABAJADORES DESDE EL MODELO JAHODA**

**ALTAGRACIA INÈS BRAVO DE LA OSSA**

**Trabajo de investigación para optar el título de magíster en  
desarrollo social**

**Director  
Doctor: CAMILO MADARIAGA OROZCO**

**BARRANQUILLA  
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
MAESTRIA DE DESARROLLO SOCIAL  
2006**

## RESUMEN EJECUTIVO

Con este estudio se trató de identificar la salud mental positiva de los menores trabajadores que desempeñan sus labores en las afueras de los almacenes de cadena y el mercado público de Montería; 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 y en las afueras de los almacenes de cadena?

**Objetivo General:** Describir la salud mental positiva en los menores trabajadores que desempeñan sus labores en el mercado público y las afueras de almacenes de cadena, de acuerdo al modelo de Jahoda.

### **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.

## **NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

**JURADO 1**

---

**JURADO 2**

**Barranquilla, agosto 2006**

## **AGRADECIMIENTOS**

**La autora expresa sus agradecimientos a:**

**Doctor CAMILO MADARIAGA OROZCO, Director de esta investigación.**

**Doctora MARTA RINCON LUQUE, Coordinadora de la Maestría.**

**Docente MIRIAM CASTELLANOS VIDAL, Coordinadora del Centro**

**Docente NUMAR GONZÁLEZ COGOLLO**

**DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**Centro de Formación Integral Nuestra Señora Del Rosario**

**MENORES TRABAJADORES DE MONTERÍA Y SUS FAMILIAS**

**Todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la  
realización de esta investigación**

## CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN EJECUTIVO	2- 4
INTRODUCCIÒN	15-18
1. JUSTIFICACIÒN	19-23
2. MARCO TEÓRICO	24-50
2.1 EL TRABAJO INFANTIL	24
2.1.1 CONCEPTOS DE TRABAJO	24
2.1.2 CONCEPTOS DE TRABAJO INFANTIL	25-26
2.1.3 POSICIONES SOBRE EL TRABAJO INFANTIL	27-33
2.2 SALUD MENTAL	33-36
2.2.1 SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA POSITIVA/NEGATIVA	36-37
2.2.2 SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE NORMALIDAD	37
2.2.3 SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE MÚLTIPLES CRITERIOS	37-38
2.3. SALUD MENTAL POSITIVA	38-39
2.3.1 EL MODELO DE SALUD MENTAL DE JAHODA	40-41
2.3. 2 CRITERIOS DE SALUD MENTAL POSITIVA	42
2.3.2.1 CRITERIO NUMERO 1 ACTITUDES HACIA SÌ MISMO	42-43
2.3.2.2 CRITERIO NUMERO 2 CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÒN	43
2.3.2.3 CRITERIO NUMERO 3 INTEGRACIÒN	43-44
2.3.2.4 CRITERIO NUMERO 4 AUTONOMÌA	44
2.3.2.5 CRITERIO NUMERO 5 PERCEPCIÒN DE LA REALIDAD	44
2.3.2.6 CRITERIO NUMERO 6 DOMINIO DEL ENTORNO	45
2.4 CONCEPTOS AFINES A LA SALUD MENTAL POSITIVA	45
2.4.1 FELICIDAD, SATISFACCIÒN, OPTIMISMO, BIENESTAR	

<b>Y CALIDAD DE VIDA</b>	<b>45-48</b>
<b>2.5 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL</b>	<b>48-51</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>52-55</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>56</b>
<b>4.1 GENERAL</b>	<b>56</b>
<b>4.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>56</b>
<b>5. DEFINICIÓN DE VARIABLES</b>	<b>57</b>
<b>5.1 VARIABLES DE ESTUDIO</b>	<b>57-58</b>
<b>5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b>	<b>58-59</b>
<b>6. METODOLOGÍA</b>	<b>60</b>
<b>6.1 UNIDAD DE ANÁLISIS</b>	<b>60</b>
<b>6.1.2 SUJETOS</b>	<b>60</b>
<b>6.2 TECNICAS E INSTRUMENTOS</b>	<b>60-61</b>
<b>6.2.1 FACTORES GENERALES Y SU DEFINICION</b>	<b>62-63</b>
<b>6.3 PROCEDIMIENTO</b>	<b>63</b>
<b>6.3.1 FASE I: PREPARACIÓN DEL EQUIPO</b>	<b>63-64</b>
<b>6.3.2 FASE II: RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>65</b>
<b>6.3.3 FASE III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS</b>	<b>66</b>
<b>6.3.4 FASE IV: ELABORN INFORME DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>66-67</b>
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>68-108</b>
<b>7.1 DESCRIPCIÓN DEL GRUPO</b>	<b>68</b>
<b>8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>109-113</b>
<b>8.1 CONCLUSIONES</b>	<b>109-111</b>
<b>8.2 RECOMENDACIONES</b>	<b>114-11</b>

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**



## LISTA DE TABLAS

- TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS ENCUESTADOS
- TABLA 2. ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL ACEPTAR A LOS OTROS CUANDOTIENEN ACTITUDES DISTINTAS A LAS MIAS
- TABLA 3. LOS PROBLEMAS ME BLOQUEAN FÁCILMENTE
- TABLA 4. ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL ESCUCHAR A LAS PERSONAS QUE ME CUENTAN SUS PROBLEMAS
- TABLA 5. ME GUSTO COMO SOY
- TABLA 6. SOY CAPAZ DE CONTROLARME CUANDO EXPERIMENTO EMOCIONES NEGATIVAS
- TABLA 7. ME SIENTO A PUNTO DE EXPLOTAR
- TABLA 8. PARA MI LA VIDA ES ABURRIDA Y MONÓTONA
- TABLA 9. ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL DAR APOYO EMOCIONAL
- TABLA 10. TENGO DIFICULTADES PARA ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES PROFUNDAS Y SATISFACTORIAS CON ALGUNAS PERSONAS
- TABLA 11. ME PREOCUPA MUCHO LO QUE LOS DEMAS PIENSAN DE MI
- TABLA 12. CREO QUE TENGO MUCHA CAPACIDAD PARA PONERME EN EL LUGAR DE LOS DEMAS Y COMPRENDER SUS RESPUESTAS
- TABLA 13. VEO MI FUTURO CON PESIMISMO
- TABLA 14. LAS OPINONES DE LOS DEMAS ME INFLUYEN MUCHO A LA HORA DE TOMAR MIS DECISIONES
- TABLA 15. ME CONSIDERO UNA PERSONA MENOS IMPORTANTE QUE EL RESTO DE LAS PERSONAS QUE ME RODEAN
- TABLA 16. SOY CAPAZ DE TOMAR DECISIONES POR MI MISMO
- TABLA 17. INTENTO SACAR LOS ASPECTOS POSITIVOS

TABLA 18. INTENTO MEJORAR COMO PERSONA

TABLA 19. ME CONSIDERO UN/A BUEN/A PSICÓLOGO/A

TABLA 20. ME PREOCUPA QUE LA GENTE ME CRITIQUE

TABLA 21. CREO QUE SOY UNA PERSONA SOCIABLE

TABLA 22. SOY CAPAZ DE CONTROLARME CUANDO TENGO PENSAMIENTOS NEGATIVOS

TABLA 23. SOY CAPAZ DE MANTENER UN BUEN NIVEL DE AUTOCONTROL EN LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS DE MI VIDA

TABLA 24. PIENSO QUE SOY UNA PERSONA DIGNA DE CONFIANZA

TABLA 25. ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL ENTENDER LOS SENTIMIENTOS DE LOS DEMAS

TABLA 26. PIENSO EN LAS NECESIDADES DE LOS DEMAS

TABLA 27. SI ESTOY VIVIENDO PRESIONES EXTERIORES DESFAVORABLES..... SOY CAPAZ DE CONTINUAR MANTENIENDO MI EQUILIBRIO PERSONAL.

TABLA 28. CUANDO HAY CAMBIOS EN MI ENTORNO.... INTENTO ADAPTARME

TABLA 29. DELANTE DE UN PROBLEMA SOY CAPAZ DE SOLICITAR INFORMACIÓN

TABLA 30. LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN MI RUTINA HABITUAL ME ESTIMULAN

TABLA 31. TENGO DIFICULTADES PARA RELACIONARME ABIERTAMENTE CON MIS PROFESORES / JEFES

TABLA 32. CREO QUE SOY UN INÚTIL Y NO SIRVO PARA NADA

TABLA 33. TRATO DE DESARROLLAR Y POTENCIAR BUENAS APTITUDES

TABLA 34. ME RESULTA DIFÍCIL TENER OPINIONES PERSONALES

TABLA 35. CUANDO TENGO QUE TOMAR DECISIONES IMPORTANTES ME SIENTO MUY INSEGURO

TABLA 36. SOY CAPAZ DE DECIR NO CUANDO TENGO QUE DECIR NO.

TABLA 37. CUANDO SE ME PLANTEA UN PROBLEMA... INTENTO BUSCAR  
POSIBLES SOLUCIONES

TABLA 38. ME GUSTA AYUDAR A LOS DEMÁS

TABLA 39. ME SIENTO INSATISFECHO CONMIGO MISMO

TABLA 40. ME SIENTO INSATISFECHO DE MI ASPECTO FÍSICO

## LISTA DE GRÁFICAS

GRAFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS ENCUESTADOS

GRAFICA 2. ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL ACEPTAR A LOS OTROS CUANDO TIENEN ACTITUDES DISTINTAS A LAS MÍAS

GRAFICA 3. LOS PROBLEMAS ME BLOQUEAN FÁCILMENTE

GRAFICA 4. ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL ESCUCHAR A LAS PERSONAS QUE ME CUENTAN SUS PROBLEMAS

GRAFICA 5. ME GUSTO COMO SOY

GRAFICA 6. SOY CAPAZ DE CONTROLARME CUANDO EXPERIMENTO EMOCIONES NEGATIVAS

GRAFICA 7. ME SIENTO A PUNTO DE EXPLOTAR

GRAFICA 8. PARA MI LA VIDA ES ABURRIDA Y MONÓTONA

GRAFICA 9. ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL DAR APOYO EMOCIONAL

GRAFICA 10. TENGO DIFICULTADES PARA ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES PROFUNDAS Y SATISFACTORIAS CON ALGUNAS PERSONAS

GRAFICA 11. ME PREOCUPA MUCHO LO QUE LOS DEMÁS PIENSAN DE MI

GRAFICA 12. CREO QUE TENGO MUCHA CAPACIDAD PARA PONERME EN EL LUGAR DE LOS DEMÁS Y COMPRENDER SUS RESPUESTAS

GRAFICA 13. VEO MI FUTURO CON PESIMISMO

GRAFICA 14. LAS OPINIONES DE LOS DEMÁS ME INFLUYEN MUCHO A LA HORA DE TOMAR MIS DECISIONES

GRAFICA 15. ME CONSIDERO UNA PERSONA MENOS IMPORTANTE QUE EL RESTO DE LAS PERSONAS QUE ME RODEAN

GRAFICA 16. SOY CAPAZ DE TOMAR DECISIONES POR MI MISMO

GRAFICA 17. INTENTO SACAR LOS ASPECTOS POSITIVOS

GRAFICA 18. INTENTO MEJORAR COMO PERSONA

GRAFICA 19. ME CONSIDERO UN/A BUEN/A PSICÓLOGO/A

GRAFICA 20. ME PREOCUPA QUE LA GENTE ME CRITIQUE

GRAFICA 21. CREO QUE SOY UNA PERSONA SOCIABLE

GRAFICA 22. SOY CAPAZ DE CONTROLARME CUANDO TENGO PENSAMIENTOS NEGATIVOS

GRAFICA 23. SOY CAPAZ DE MANTENER UN BUEN NIVEL DE AUTOCONTROL EN LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS DE MI VIDA

GRAFICA 24. PIENSO QUE SOY UNA PERSONA DIGNA DE CONFIANZA

GRAFICA 25. ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL ENTENDER LOS SENTIMIENTOS DE LOS DEMAS

GRAFICA 26. PIENSO EN LAS NECESIDADES DE LOS DEMAS

GRAFICA 27. SI ESTOY VIVIENDO PRESIONES EXTERIORES DESFAVORABLES..... SOY CAPAZ DE CONTINUAR MANTENIENDO MI EQUILIBRIO PERSONAL.

GRAFICA 28. CUANDO HAY CAMBIOS EN MI ENTORNO.... INTENTO ADAPTARME

GRAFICA 29. DELANTE DE UN PROBLEMA SOY CAPAZ DE SOLICITAR INFORMACIÓN

GRAFICA 30. LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN MI RUTINA HABITUAL ME ESTIMULAN

GRAFICA 31. TENGO DIFICULTADES PARA RELACIONARME ABIERTAMENTE CON MIS PROFESORES / JEFES

GRAFICA 32. CREO QUE SOY UN INÚTIL Y NO SIRVO PARA NADA

GRAFICA 33. TRATO DE DESARROLLAR Y POTENCIAR BUENAS APTITUDES

GRAFICA 34. ME RESULTA DIFÍCIL TENER OPINIONES PERSONALES

GRAFICA 35. CUANDO TENGO QUE TOMAR DECISIONES IMPORTANTES ME SIENTO MUY INSEGURO  
GRAFICA 36. SOY CAPAZ DE DECIR NO CUANDO TENGO QUE DECIR NO.

GRAFICA 37. CUANDO SE ME PLANTEA UN PROBLEMA... INTENTO BUSCAR POSIBLES SOLUCIONES

GRAFICA 38. ME GUSTA AYUDAR A LOS DEMÁS

GRAFICA 39, ME SIENTO INSATISFECHO CONMIGO MISMO

GRAFICA 40. ME SIENTO INSATISFECHO DE MI ASPECTO FÍSICO

## INTRODUCCIÒN

Los menores trabajadores de Montería, presentan características de salud mental positiva, así lo demuestra la cotidianidad que viven estos menores y el compartir diario con sus familias, docentes, amigos y demás personas con las que interactúan.

Este estudio pretende hacer una descripción de las características de la salud mental positiva de los menores trabajadores, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Actitudes hacia sí mismo, Crecimiento y autoactualización, Integración, Autonomía, Percepción de la realidad y Dominio del entorno.

Para valorar las características de la salud mental positiva en los menores trabajadores se utiliza el cuestionario denominado modelo Jahoda que se tabula de manera estadística (programa SPSS), de forma seguida la investigadora realiza un análisis y construye una serie de conclusiones y recomendaciones a los menores y a las instituciones involucradas en el trabajo con los sujetos de estudio.

Esta investigación expresa de manera directa u original las características de la salud mental positiva de los menores trabajadores y con ello intenta ser un medio de sensibilización para las instituciones que desarrollan algunas actividades en beneficio de esta población y que en muchas oportunidades se ven interrumpidas por la falta de recursos.

Frente a las diversas situaciones que pueden enfrentar los menores trabajadores en su cotidianidad laboral, ellos responden de muchas maneras. Una de las formas que tienen estas poblaciones, por su condición de niños, preadolescentes o adolescentes para superar las adversidades a las que se enfrentan, es obtener y darse apoyo mutuamente a través de una serie de intercambios recíprocos como el soporte emocional en situaciones coyunturales.

Este apoyo oportuno se le podría relacionar, de alguna manera, con la salud mental positiva desde la perspectiva Jahoda, puesto que les proporciona elementos para mantenerse con expectativas de actitud hacia sí mismo, crecimiento, cierto grado de autonomía, y les permite percibir la realidad de las condiciones particulares en las que viven.

Estos intercambios gestan en los menores trabajadores aspectos saludables y les puede facilitar la vida en la unidad familiar, en las instituciones educativas y en todos aquellos ambientes en los cuales se mueven, de allí que sea evidente que alrededor de ellos no se puede abandonar el proceso de mejorar las condiciones necesarias para crecer y fortalecerse como seres.

El menor trabajador como grupo étnico especial debe ser el telar de interés principal para la familia, pero son las mismas realidades de la ocupación del tiempo en las actividades que de acuerdo a la posición de la OIT con relación



al menor trabajador debería estar ejecutando el adulto para que éste disfrute su ciclo de vida por el cual está pasando; y no estar por labrar su propio presente y futuro como lo está construyendo con su propio sacrificio. De allí el interés de la presente investigación por describir las características de la salud mental positiva de los menores trabajadores que realizan sus actividades en el mercado público y las afueras de los almacenes de cadena de Montería.

Este estudio se realiza con menores trabajadores que asisten al centro de formación integral Nuestra Señora del Rosario de Montería.

El diseño utilizado para alcanzar los objetivos de la investigación es de tipo descriptivo - cuantitativo, pues se hace una descripción de las características de la salud mental positiva encontradas.

El instrumento utilizado para los fines del trabajo es un cuestionario validado por Luch María Teresa, en su tesis doctoral (1999); la investigadora y con las observaciones del asesor, después de aplicar una prueba piloto decidieron no hacer modificaciones. La información obtenida por medio del instrumento se complementa con una información general existente en el centro de formación integral nuestra señora del rosario y la observación directa.

Los resultados obtenidos se analizan cuantitativamente lo que permite establecer conclusiones sobre los objetivos propuestos y la investigación en general.

Se espera que con la divulgación de esta información se generen procesos de sensibilización por parte de las instituciones estatales obligadas a trabajar con esta población vulnerable, lo cual podría realizarse a través de alianzas entre diferentes tipos de entidades.

## 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.

El presente estudio describe las características referidas a la salud mental desde una perspectiva sana en los menores trabajadores que desempeñan sus labores en el mercado público y las afueras de los almacenes de cadena de la ciudad; 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 de Montería 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 en su tesis doctoral (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, cita de 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, cita de 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 interdisciplinarietà, 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, pág. 42-49) 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 TEÓRICO**

### **2.1 EL TRABAJO INFANTIL**

#### **2.1.1 CONCEPTOS DE TRABAJO**

Al hacer referencia al trabajo infantil es útil mencionar conceptos de trabajo teniendo en cuenta organismos como el consejo superior de la judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial y la aseguradora PREVER (2001), así: Trabajo, es toda actividad humana libre, ya sea material e intelectual, permanente o transitoria, que una persona natural ejecuta conscientemente al servicio de otra y cualquiera que sea su finalidad, siempre que se efectúe en ejecución de un contrato de trabajo.

El trabajo de acuerdo a este concepto tiene los siguientes elementos:

Herramientas y equipos

Trabajador

Producto final

Relaciones laborales

De otro lado el Código Laboral, Ley 213/93 vigente, define el trabajo en el Capítulo II, Del Trabajo y sus Garantías, artículo 8: Se entiende por trabajo, a los fines de este Código, toda actividad humana, consciente y voluntaria, prestada en forma dependiente y retribuida, para la producción de bienes o servicios. Esta ley no se refiere expresamente al trabajo infantil, si bien incorpora una norma definitoria general del trabajo en relación de dependencia. La definición enunciada plantea como características distintivas la conciencia, la voluntariedad, la dependencia y la retribución.



### 2.1.3 CONCEPTOS DE TRABAJO INFANTIL

Por otro lado es importante referirse a conceptos de trabajo infantil así:

Se entiende por trabajo infantil, aquel trabajo o actividad económica que es realizada por niños o por niñas, es decir, por menores de 15 años de edad, cualquiera que sea su condición laboral (trabajador asalariado, trabajador independiente, trabajador familiar no remunerado, etc.).

No todos los trabajos realizados por niños se consideran un perjuicio o una forma de abuso. De este modo se hace necesario definir el trabajo infantil, el cual no abarca todas las formas de trabajo que realizan los menores de 18 años. Muchos de ellos, en el marco de circunstancias nacionales, realizan trabajos que son totalmente coherentes con su educación y su pleno desarrollo físico y mental. Artículo 2005, publicado por la OIT – Convenios y Recomendaciones internacionales del Trabajo 1919 – 1984, adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo – 1985 – Ginebra.

Otro concepto establece como trabajo infantil toda aquella actividad realizada por un niño que no sea ni educativa – formativa, ni lúdica. En consecuencia, en este texto las expresiones trabajo, actividad económica son sinónimas. Se entenderá por trabajo a toda actividad destinada a la producción de mercancías, utilícese o no una fuerza de trabajo asalariada; así como toda actividad destinada a la reproducción de la fuerza de trabajo, que es realizada por asalariados, es decir por fuerza de trabajo convertida en mercancía, caso del servicio doméstico. A su vez la expresión actividad económica significa la producción de bienes y servicio, según se define en el sistema de cuentas nacionales de las naciones unidas. De acuerdo con este sistema, la producción de bienes y servicios incluye toda la producción de mercado y algunos tipos de producción no de mercado incluyendo la producción y elaboración de productos primarios para auto consumo, la construcción por cuenta propia y otras producciones de activos fijos para uso

propio. Excluye las actividades no remuneradas, como son las tareas domésticas no retribuidas realizadas en el domicilio de padres o familiares y los servicios voluntarios a la comunidad Reunión de Cartagena, (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:

1 - El trabajo realizado por un niño cuya edad sea inferior a la edad mínima fijada en la legislación nacional para este tipo de trabajo.

2 - El trabajo que sea perjudicial para el bienestar físico, mental o moral del niño, es decir el trabajo peligroso.

3-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.

La OIT/IPEC, entiende por trabajo infantil, toda actividad que implica la participación de los niños (as) en la producción y comercialización familiar de bienes o en la prestación de servicios a personas naturales o jurídicas que les impida el acceso, rendimiento y permanencia en la educación o se realice en ambientes peligrosos, produzcan efectos negativos inmediatos o futuros, o se lleven a cabo en condiciones que afecten el desarrollo psicológico, físico, moral o social de los niños Moreno, (1999).

### **2.1.3 POSICIONES SOBRE EL TRABAJO INFANTIL**

La conceptualización de trabajo infantil ha conllevado a discrepancias, en el sentido de que todo trabajo no impide el normal desenvolvimiento de los niños/as, y que culturalmente el trabajo es valioso como forma de socialización. Además, el trabajo contribuye al ámbito formativo de los niños y niñas, de tal manera que varios autores en el contexto Latinoamericano, destacan la revalorización del trabajo infantil en el contexto actual, no sólo como emergencia y consecuencia de la pobreza, sino en tanto un derecho de los niños desde la dimensión formativa. Se postula el reconocimiento del trabajo como un derecho humano, y por tanto correspondería su dignificación Cussianovich (1999) y Domic (1999).

De esta manera surge la corriente que reivindica el trabajo con valor socialmente útil, enriquecedor, con una dimensión dedica no sólo a la producción, sino a la reproducción social y a la creación y recreación de la sociedad humana. En esta corriente de pensamiento el trabajo además de ser una necesidad económica constituye una posibilidad de desarrollo, de socialización y de educación. El trabajo infantil plantearía entonces más bien problemas de normatividad, reivindicando el derecho del niño a un trabajo con justa remuneración y en condiciones adecuadas Domic (1999).

Las cumbres sociales y entre ellas la Cumbre Mundial a favor de la infancia definen recomendaciones, compromisos y metas, que proponen avanzar en la institucionalización de los planes nacionales, que promueven políticas públicas a favor de la infancia. Sin duda, este conjunto de recomendaciones y disposiciones internacionales como la Convención Internacional de los Derechos del niño y la Declaración de los Derechos Humanos han tenido una influencia importante en la constitución de un nuevo paradigma respecto a la niñez y la adolescencia.

Adicionalmente, la experiencia con niños, niñas y adolescentes trabajadores ha conducido a consolidar una posición crítica frente a lo que se considera niño en la sociedad actual, y en particular niños trabajadores. De las concepciones de los niños como entes vulnerables, sujetos de protección, obediencia y subalternación al mundo adulto, se ha transitado al reconocimiento de los niños como sujetos de derecho y sujetos sociales enfatizándose en el reconocimiento del punto de vista de los/ las niños/as, su percepción de vida, del mundo del trabajo, y específicamente su protagonismo, Cumbre Mundial a favor de la infancia; Declaración (30 de septiembre de 1990).

Las dos posiciones sobre el trabajo infantil proponen también diferentes políticas frente al trabajo infantil. La posición abolicionista postula la erradicación del trabajo infantil para el grupo etáreo comprendido entre 0 y 12 años, apoyándose en programas de mejoramiento del ingreso familiar, y recuperando la centralidad de la escuela. Para los adolescentes de 13 a 14 años se propone un proceso educativo y de capacitación y para los de 15 a 17 años promover programas de profesionalización con un marco legal que los proteja.

La posición que reivindica el trabajo infantil, señala que mientras las condiciones socioeconómicas se mantengan no se puede pensar en abolir el trabajo infantil, en consecuencia se deben implementar políticas protectoras para los niños y adolescentes que trabajan. Se propone que para la erradicación del trabajo infantil es importante incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores populares, ya que esta es una de las razones fundamentales para la participación laboral de los niños y adolescentes, (MDH, SAEGG, 1996).

La discusión sobre la conveniencia de la abolición del trabajo infantil conlleva posiciones, filosóficas y políticas. Mientras unos condenan la posición “proteccionista” del trabajo infantil, que lo único que hace, según la argumentación, es fomentar el trabajo infantil, García Méndez y Araldsen (1995); los otros condenan la política “abolicionista” de la OIT, que en su visión no reconoce las condiciones sociales y culturales en las que se desenvuelven los niños, niñas y adolescentes, y niega su condición de protagonistas, y por tanto sujetos de derecho y opinión y sujetos sociales.

Se considera que el debate de fondo no debe centrarse en el esencialismo respecto al valor social del trabajo sino de que se debe tomar en cuenta principalmente el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, en un contexto de desigualdad y exclusión social. Todo aquello que logre mejorar el bienestar de los niños y adolescentes, es potencialmente favorable, incluyendo la lucha contra todas las formas de discriminación y explotación infantil. Tal como lo señala Basu (1999) “así cuando se detiene el trabajo infantil tiene que existir una razón para pensar que esto no deteriorará su situación, infringiéndole daño físico o inanición”. No obstante el trabajo infantil tiene diferentes variantes, y una de ellas son las que se ubican en el marco de la explotación infantil. En este caso existe consenso respecto a su novicidad y la necesidad de su eliminación, aunque difieren los enfoques, formas y alternativas para cumplir con éste propósito. Los estudios sobre la explotación infantil han sido numerosos, identificando las condiciones de explotación, formas de trabajo, y de vida que imponen condiciones precarias de vida, obstaculizan el pleno desarrollo biológico, psicológico y social, y limitan o impiden el acceso por parte de los niños y niñas a la educación y aspectos elementales y fundamentales que definen la condición humana, como son la dignidad, y la autoestima (UNICEF, OIT). La OIT a través del Proyecto Internacional para la eliminación del Trabajo Infantil (IPEC) destaca prioridades para la eliminación del trabajo infantil en ocupaciones e industrias peligrosas, y la protección de los niños obligados a trabajar.

Varias propuestas entre ellas las de UNICEF han insistido en la universalización de la educación básica como factor decisivo para la erradicación del trabajo infantil, con el apoyo de la familia.

Históricamente a nivel mundial y en particular en América Latina, se han desarrollado dos tendencias claramente identificables:

Una que señala 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. Así, la meta es la progresiva erradicación del trabajo infantil. Posición ésta, de la Organización Internacional del Trabajo, (OIT), a través de su programa IPEC, y asumido por los Estados participantes de la estrategia.

La otra que considera que el trabajo infantil bajo una apropiada protección y supervisión, es para los niños un vehículo de socialización, formación y autoestima. Aunque apoyan la prohibición del trabajo peligroso, estiman que quienes deben trabajar deberían tener el derecho y el reconocimiento para hacerlo.

Estas tendencias revelan la complejidad y las tremendas incongruencias y contradicciones existentes al respecto.

Los extremos de estas posturas señalan que, por la variedad y diversidad de actividades y ocupaciones que realizan los niños, por una parte, el trabajo es beneficioso, estimula al desarrollo del niño, siempre que no interfiera en su actividad escolar. Y por otra parte, se afirma que el trabajo infantil es claramente peligroso, nocivo, abusivo, y explotador, y es un obstáculo para su formación integral.

En todo caso se concluye que “el trabajo peligroso es sencillamente intolerable para todos los niños” Pero. ¡ Pongamos atención a esto!, “... considerar que todos los tipos de trabajo desempeñados por los niños como igualmente inaceptables es confundir y trivializar la cuestión, lo cual contribuye a garantizar que el trabajo infantil no desaparezca nunca” UNICEF. Estado Mundial de la infancia, (1997).

De allí, la repercusión del trabajo sobre el desarrollo del niño y esto incluye su educación, la cual es considerado el factor clave para determinar cuando el trabajo infantil se convierte en un problema.

El enfrentamiento entre dos posiciones que tienen una óptica distinta de cómo encarar el mismo problema, no significa la destrucción de la una por la otra, ni su superación, sino que, aún manteniendo sus particulares puntos de vista, se llegue acuerdos, que si los hay, apuntando al objetivo único: “ el interés superior del niño”.

“El trabajo peligroso brinda el más poderoso argumento a favor de de la igualdad y de la justicia. Por esta razón debe ser abolido lo antes posible y en todas partes. UNICEF. Estado Mundial de la infancia, (1997).

Ratificadas las posiciones sobre el trabajo infantil, se hace necesario mencionar el o los efectos que a través de distintos estudios se han alcanzado a observar y discutir: Es así como existen, naturalmente labores que entrañan riesgos y efectos directos en la salud física del niño, como es el caso de aquel niño o adolescente que trabaja en minas, mercados públicos, basureros, en donde se encuentran expuestos a contacto permanente con polvos, gases tóxicos, pesticidas, productos inflamables, en el ejercicio de la tarea encomendada y que los efectos pueden ir desde pequeñas lesiones hasta la misma muerte.

Pero exceptuando estos casos extremos, aunque no infrecuentes, existe una amplia gama de labores que desempeñan los niños, cuyos efectos no son fácilmente tangibles, ocurren en plazos indeterminados o simplemente aparecen como una combinación de ventajas y desventajas de acuerdo a la posición que esté liderando el debate. Un ejemplo es lo que ocurre con las niñas que trabajan al interior de su casa como servicio doméstico, por un lado resulta genial para que los padres puedan trabajar, sin temer por la suerte de los niños más pequeños, y encontrar al regreso un hogar acogedor. Pero por otro lado, este tipo de trabajo es determinante en el alejamiento o el fracaso en la escuela o de la limitación prematura de los horizontes de la vida de la niña. De este modo la educa en la responsabilidad y la solidaridad con sus seres queridos. Por otra parte se puede confinar en rol de subordinación al interior de la familia y de sacrificio de sus propios intereses y oportunidades personales.

Si a estas variables se agregan las de la edad en que puede ser o no conveniente trabajar, o las de los horarios, duración de la jornada o remuneración, entre otras muchas otras posibles, el horizonte se torna bastante complejo, lo que explica que en lo que se refiere al trabajo infantil, las posiciones encontradas no sean una rareza.

Pero independiente de todo esto, lo cierto es que existen muchos niños y adolescentes que trabajan y todo parece indicar que el fenómeno en vez de disminuir sigue extendiéndose; por lo demás parece ser que muy pocos niños y adolescentes trabajan en condiciones favorables dentro del sector formal de la economía. La mayoría lo hacen en el sector informal en labores no calificadas y en circunstancias que no les permiten cualificarse a mediano o largo plazo para ascender en el mercado de trabajo; es decir trabajan en condiciones de explotación y con mucha frecuencia al margen de la legislación que los protege.



Por eso se encuentran consecuencias físicas, psicológicas, sociales, morales, espirituales, culturales, recreativas, que deben atenderse de acuerdo al cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño, (OIT, 1995).

Finalmente en este remarcar de las posiciones y consecuencias del trabajo infantil, es interesante imaginar un momento al mundo sin trabajo infantil o al menos Suramérica, sería la utopía fantástica pero que no se debe descartar del todo puesto que la búsqueda de la erradicación del trabajo infantil es una tarea ineludible y la reciente aprobación de los convenios OIT 138 y 182, es un avance significativo. Pero es solamente un paso en un largo trecho. Lo que se plantea es la necesidad de tener una visión de infancia en una visión distinta de País independiente uno del otro. Artículo 2005, publicado por la OIT – Convenios y Recomendaciones internacionales del Trabajo 1919 – 1984, adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo – 1985 – Ginebra.

## **2.2 SALUD MENTAL**

Precisar conceptos de Salud Mental, es un aspecto difícil en el sentido que no existe un límite tangible entre lo saludable y lo enfermo, además con el pasar de los años, el concepto de Salud mental ha evolucionado presentando variaciones según la época y los alcances de los servicios de salud de ese momento.

Para Fromm la salud mental se caracteriza por “La captación de la realidad interior y exterior por nosotros mismos, es decir, por el desarrollo de la objetividad y la razón”.

En el año 1963 Ewalt y Farns dieron su consideración sobre una expresión de salud mental, la cual fue retomada por el Ministerio de Salud Servicio Seccional de Caldas. Manual de Atención Básica de Salud Mental, prevención y manejo. Manizales, (1988). “Aquellos individuos con una confianza Básica

en sí mismo y en los demás, con sentido de la propia competencia y la sensación de que la situación humana en conjunto posee un significado y vale la pena. Estos individuos tienen una resistencia mucho mayor a la descompensación emocional”.

Según la Organización Mundial de la Salud, 1998 (OMS), “La salud mental es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra tanto en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente físico y social”.

Cualquier definición de salud mental no debe en ningún momento separarse de la noción de Salud en general, a riesgo de concebir una visión fragmentada y parcial del ser humano y de la salud.

Abordar el tema de salud mental también implica referirse a las características de las personas mentalmente sana, entre las que se pueden citar:

1. Se sienten bien consigo mismo:

- Estas personas no se encuentran abrumadas por sus propias
- emociones, temores, iras, amor, celos, culpa o preocupaciones.
- Pueden superar las decepciones de la vida.
- Tienen una actitud tolerante y abierta ante sí mismos y ante los demás.
- Tienen la capacidad de reírse de ellos mismos.
- Reconocen sus propios defectos.
- Se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones.
- Sienten placer por las cosas simples y cotidianas.

2. Se sienten a gusto con otras personas:

- Son capaces de amar y perciben los intereses de los otros.
- Mantienen relaciones de amistad y estas son satisfactorias y duraderas.
- Quieren y confían en los demás y sienten que los demás los quieren y confían en ellos.
- Respetan las diferencias que encuentran en las otras personas.
- Pueden sentir que son parte de un grupo.

3. Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta:

- Enfrentan los problemas a medida que se van presentando
- Aceptan sus responsabilidades
- Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario
- Planean para el futuro, al que enfrentan sin temor
- Tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas
- Hacen uso de sus dotes y aptitudes
- Se fijan metas ajustadas a la realidad
- Son capaces de tomar sus decisiones.

En el mismo sentido del concepto de salud mental, señala Lluich, (1999), que en estos momentos parece prácticamente imposible encontrar una definición universal y totalmente aceptada del término. Sin embargo, la bibliografía ofrece múltiples intentos de concretar el concepto, que procede de diferentes ámbitos de trabajo y estudio (psiquiatría, psicología, enfermería, sociología, antropología, economía, etc.). Se han agrupado los múltiples enfoques en

tres grandes perspectivas que reflejan las diversas concepciones de la salud mental:

- La salud mental desde una perspectiva Positiva/negativa
- La salud mental desde una perspectiva de Normalidad
- La salud mental desde una perspectiva de Múltiples Criterios

Cabe señalar que ninguna de estas perspectivas tiene “la exclusiva”. Como indica Abella (1981b) todas las concepciones tienen su parte de razón y es necesario recurrir a definiciones aproximativas y pluralistas que, en muchos casos, pueden ser complementarias.

### **2.2.1 LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA POSITIVA/NEGATIVA**

La perspectiva negativa define la salud mental tomando como referencia la enfermedad. Su postulado básico es: “salud igual a ausencia de enfermedad” y su objetivo fundamental es la curación

Esta perspectiva se corresponde fundamentalmente con el modelo clínico tradicional, responde a la necesidad de tratar los trastornos mentales y refleja la realidad asistencial actual basada en la curación de las personas enfermas. Sin embargo, es un enfoque reduccionista que omite los aspectos positivos inherentes al concepto de salud mental.

La perspectiva positiva intenta definir la salud mental a través de la salud. Su postulado básico es: “salud igual a algo más que ausencia de enfermedad” y, al menos sobre el papel, permite trabajar en la curación, la prevención y la promoción.

En esta línea la definió la Organización Mundial de la Salud (OMS 1948) cuando señaló que “la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía”. De forma similar, la Federación Mundial para la Salud Mental, (1962), la definió como “el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes”.

La perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que hay que promover las cualidades de ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial Belloch, Sandin y Ramos, (1995); Jahoda, (1958); Lluch, (1997<sup>a</sup>); Martí Tusquets y Murcia Grau, (1987).

### **2.2.2 LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE NORMALIDAD**

La definición del término salud mental desde esta perspectiva implica aceptar un paralelismo entre normal y sano y, lógicamente, establecer criterios que den contenido a la palabra normalidad. Las principales concepciones de normalidad son:

- a) Normalidad como promedio
- b) Normalidad clínica
- c) Normalidad utópica
- d) Normalidad como proceso
- e) Normalidad jurídico – legal

### **2.2.3 LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE MÚLTIPLES CRITERIOS**

El objetivo central de esta perspectiva es el de intentar definir la salud mental a partir de múltiples criterios operativos y, a ser posible, para grupos de poblaciones concretas en contextos definidos. Tal y como señalan Belloch, Sandin y Ramos (1995) en la página 54, “citados por Lluch, no hay ningún

criterio que, por si mismo o aisladamente, sea suficiente para definir un comportamiento, un sentimiento o una actividad mental como desviada, anormal y/o psicopatológica”. En este sentido, los sistemas clasificatorios que se utilizan en la clínica habitual podrían considerarse definiciones de múltiples criterios.

Continúan los autores Belloch, Sandin y Ramos (1995) en la página 54, “citados por María Teresa Lluch el abordaje de la salud mental a partir de múltiples criterios surge ante el fracaso para localizar una definición “universal” o “teóricamente irreprochable” de normalidad psíquica. Sin embargo, las definiciones multicriteriales resultan menos operativas y concretas de lo que sus presupuestos teóricos pretenden.

### **2.3 SALUD MENTAL POSITIVA**

Referidos algunos elementos importantes de la Salud Mental, se describen los criterios que configuran el modelo de salud mental positiva elaborado por Jahoda (1958) y retomado por Lluch, en su tesis doctoral (1999) y se comentan una serie de conceptos afines como: bienestar, calidad de vida, prevención o promoción.

El modelo de Jahoda (1958) constituye un punto de referencia importante para todos los teóricos que consideran la salud mental como algo más que ausencia de enfermedad. Por ejemplo, Sánchez (1991) manifiesta que el trabajo realizado por: Jahoda: “...es aún hoy el documento y síntesis más informativa y completa sobre el tema” (Sánchez, 1991, Pág. 101). Asimismo, Jarne (1996) reconoce que el modelo de Jahoda: “...es quizás el texto que más influencia a tenido sobre el resto de los autores y aún hoy día sigue considerándose como la más completa revisión del concepto positivo de salud mental” Jarne, (1996, Pág. 21).

La salud mental positiva es producto de la interacción de múltiples factores; se sabe poco sobre los factores y mucho menos sobre sus interacciones. Por tanto, el estudio conceptual de la vertiente positiva de la salud es complejo y, por el momento, existen pocos conocimientos acerca de las variables que la modulan.

Por otra parte, los países occidentales, son sociedades desarrolladas y con un nivel económico aceptable pero tienen unos recursos limitados y deben establecer prioridades. Es evidente que antes de la promoción está la prevención y antes que ella el tratamiento. Esto explica que la concepción positiva de la salud mental haya quedado relegada a nivel conceptual como algo deseable pero utópico a la vez. Lluch (1999).

La misma situación se reproduce cuando se abordan conceptos afines como prevención y promoción. Los conocimientos teóricos son insuficientes, los programas de intervención escasos y, además, no siempre resultan tan eficaces como sería deseable. Por tanto, aunque parezca evidente el dicho popular de que más vale prevenir que curar, la realidad nos demuestra que no es tan fácil aplicar el dicho al hecho. En definitiva, como indican Fernández-Ríos y Buela-Casal (1997): "... A pesar de reconocer la necesidad de una perspectiva positiva de salud, la evidencia empírica disponible pone de manifiesto que, de una forma general, se sigue haciendo énfasis en la ausencia de enfermedad. Es decir, las investigaciones se suelen centrar más en la patología, que en construir salud". Fernández-Ríos y Buela-Casal, (1997, pág. 31).

### **2.3.1 EI MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA DE JAHODA**

En primer lugar, se plantean las ideas generales sobre el concepto de salud mental que han guiado el trabajo de Jahoda (1958) y la han conducido a elaborar el modelo de salud mental positiva. La autora coincide plenamente con la idea de que la salud mental es un término ambiguo y difícil de definir y, en este sentido, su trabajo tiene como objetivo profundizar en la descripción del concepto.

Estudia la salud mental positiva desde una perspectiva psicológica, pero acepta plenamente la influencia mutua entre los aspectos físicos y los mentales del ser humano. Sin embargo, sugiere que tener una buena salud física es una condición necesaria pero no suficiente para tener una buena salud mental.

Por otra parte, analiza, Jahoda que la ausencia de trastorno mental es un criterio necesario pero no suficiente para definir la salud mental positiva. Comenta que la definición de la salud mental desde la perspectiva de la normalidad como promedio, tanto desde un criterio estadístico como desde un criterio sociocultural, presenta diversos inconvenientes. En este sentido, alude al peligro que puede suponer aceptar algunos comportamientos como mentalmente sanos sólo porque se ajustan a la conducta de la mayoría (criterio estadístico). Asimismo, enfatiza la relatividad cultural indicando que los estándares de comportamiento normal varían con el tiempo, el lugar, la cultura y las expectativas del grupo social (criterio sociocultural).

Muchos autores piensan que la salud psicológica es una manifestación del estado de bienestar. La autora hace referencia a una investigación informal que llevo a cabo el director de la Joint Commission on Mental Illness and Health, Dr. J. R. Ewalt, preguntando a un grupo de expertos lo que significaba para ellos salud mental; la mayoría describieron sus ideas en términos de felicidad, bienestar o contento.



En sentido global, las personas son felices si lo que ellos esperan de la vida está en armonía con lo que la vida les ofrece. Esta felicidad es claramente un producto de la interacción persona-ambiente. Este criterio puede ser útil sólo cuando la felicidad o el bienestar implican una predisposición o atributo de la persona y no un estado emocional transitorio dependiente de las circunstancias.

El entorno está sujeto a continuas modificaciones que, a su vez, provocan cambios personales. Las variaciones imperceptibles se asumen sin problemas, pero los grandes cambios o los cambios inesperados requieren una reorientación general. Por tanto, la estabilidad/inestabilidad de las condiciones ambientales es una variable relevante para la salud psicológica de la persona.

El modelo de salud mental positiva de Jahoda surge en Estados Unidos cuando, (1955), se constituye la Joint Commission on Mental Illness and Health (Comisión Conjunta para la Enfermedad y la Salud Mental) con el objetivo de llevar a cabo un estudio integral de la salud mental. Esta comisión, de carácter multidisciplinar, generó diferentes estudios, entre los cuales se halla el de Jahoda (1958), a quien se le encomendó investigar y profundizar en el concepto de salud mental positiva.

En definitiva, el trabajo de Jahoda (1958) está vinculado a los inicios del modelo Comunitario de intervención y pretende reivindicar la promoción de la salud mental superando la mera prevención de la enfermedad. La citada autora articula su concepción de la salud mental positiva desde una perspectiva de múltiples criterios (comentada en el capítulo uno de su tesis) y la concreta en 6 criterios interrelacionados que se describen a continuación.

### **2.3.2 CRITERIOS DE SALUD MENTAL POSITIVA**

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)

Se describe a continuación, de forma detallada, los citados criterios.

#### **2.3.2.1. Criterio nº 1: ACTITUDES HACIA SÍ MISMO (ATTITUDES TOWARD THE SELF).**

Este criterio hace referencia a los diferentes aspectos o componentes del autoconcepto enfatizando la importancia de la autopercepción.

Revisando a 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)

### **2.3.2.2 Criterio nº 2: CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN (GROWTH, DEVELOPMENT AND SELF-ACTUALIZATION)**

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:

- 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 (motivational process) y la implicación en la vida (investment in living).

### **2.3.2.3 Criterio nº 3: INTEGRACIÓN (INTEGRATION)**

La integración implica la interrelación de todos los procesos y atributos de la persona.

Algunos autores tratan este criterio como parte del autoconcepto o de la autoactualización, 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 (Balance of psychic forces)
- Filosofía personal sobre la vida (A unifying outlook on life)
- Resistencia al estrés (Resistence to stress)

#### **2.3.2.4 Criterio nº 4: AUTONOMIA (AUTONOMY)**

Esta dimensión 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.

#### **2.3.2.5 Criterio nº 5: PERCEPCION DE LA REALIDAD (PERCEPTION OF REALITY)**

Este criterio 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.

### **2.3.2.6 Criterio nº 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.

Este criterio está vinculado a dos temas fundamentales: el éxito (que enfatiza el logro o resultado) y la adaptación (que enfatiza el proceso).

## **2.4 CONCEPTOS AFINES A LA SALUD MENTAL POSITIVA**

A continuación se van a comentar dos grupos de conceptos que profundizan en el conocimiento y abordaje de la vertiente positiva de la salud mental y, por tanto, están relacionados con la salud mental positiva. En primer lugar, se describen los términos felicidad, satisfacción, optimismo, bienestar y calidad de vida y, posteriormente, los conceptos de prevención y promoción.

### **2.4.1 FELICIDAD, SATISFACCIÓN, OPTIMISMO, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA**

Estos conceptos son tan antiguos como la propia existencia de la humanidad, ya que el deseo de “vivir bien” y de “ser feliz” es la fuerza motriz que moviliza el desarrollo del ser humano. Están íntimamente relacionados, se analizan desde múltiples perspectivas y es difícil precisar su contenido específico. Esto genera dificultades importantes a la hora de diferenciarlos y de encontrar definiciones mínimamente satisfactorias.

No hay un acuerdo unánime con relación al concepto de felicidad. Algunos autores consideran que es una dimensión interior y la conciben como una consecuencia de la autorrealización humana Gutiérrez, (1990). Sin embargo, desde la perspectiva de la interacción persona-ambiente, la felicidad está en función de la concordancia entre los factores externos y los deseos y

aspiraciones personales. En este sentido, Kozma, Stone y Stones (1997) realizan un estudio sobre el tema y encuentran que los cambios en el entorno no modifican significativamente el índice global de bienestar subjetivo o felicidad y, por tanto, sugieren la existencia de una tendencia o predisposición de la persona a la felicidad. Jahoda (1958), también defiende este enfoque al considerarla como una predisposición que la persona tiene que desarrollar para mantener una actitud positiva incluso ante los avatares difíciles de la vida. Se piensa que la cita de Thomas Szasz, recogida por Avia y Vázquez (1998), refleja correctamente que la felicidad no es un estado permanente sino una tendencia activa de búsqueda:

“La felicidad es una condición imaginaria que antiguamente los vivos atribuían a los muertos y en la actualidad los adultos atribuyen a los niños y los niños a los adultos” (Avia y Vázquez, 1998, pág. 34)

Por otra parte, la satisfacción es uno de los conceptos más estudiados desde las perspectivas subjetivas según las cuales los sentimientos y las vivencias que las personas tienen de las diferentes situaciones son más significativos que la propia situación en sí.

En los últimos años, el término optimismo está adquiriendo una cierta relevancia entre los estudiosos de la vertiente positiva de la salud y ha generado varias publicaciones Avia y Vázquez, (1998); Magaletta y Oliver, (1999); Miller, (1999); Seligman, (1990); Strassle, McKee y Plant, (1999). Este concepto se define como la tendencia de la persona a esperar que el futuro le depare resultados favorables.

El optimismo, que algunos autores consideran una dimensión de la personalidad, es un producto de la interacción herencia-ambiente. Sin embargo, según Seligman (1990), puede aprenderse incluso en las etapas maduras del desarrollo evolutivo. El optimismo genera estados emocionales positivos y constituye un factor que incide favorablemente en múltiples facetas de la vida, entre otras la salud. Avia y Vázquez (1998) señalan que:

“El optimismo no es sólo un requisito para la supervivencia, sino además una condición indispensable para una vida plenamente humana: no es nada añadido ni propio de los ilusos, sino una de las mejores armas para adaptarnos al medio y trasformarlo. Nos merece un enorme respeto este mecanismo que permite que las personas sean capaces de superar el infortunio y construir y soñar el futuro, ”Avia y Vázquez, (1998, pág. 16)

Algunos autores diferencian entre optimismo ilusorio y optimismo inteligente. El optimismo ingenuo implica la creencia de que las cosas saldrán bien por que sí, sin intervenir activamente. Esta suposición bloquea el progreso personal y puede generar problemas importantes, ver Avia y Vázquez, (1998). El optimismo inteligente es realista y promueve el crecimiento personal. En este sentido, Bloch citado en Fernández-Ríos, Cornes y Codesido, (1997), hace referencia al “optimismo militante”, es decir, la convicción de que existen posibilidades de cambio y de que con acción y trabajo se pueden conseguir.

El término bienestar adquiere una gran relevancia a partir de que la Organización Mundial de la Salud lo incorpora en su definición de salud, “...estado de bienestar físico, psicológico y social.” OMS, (1948). Inicialmente se introdujo como un concepto global para referirse al “bien vivir”, a la “buena vida”, englobando la felicidad y la satisfacción. Pero, en los últimos años ha quedado integrado dentro del concepto calidad de vida y se estudia como una dimensión de la misma.

La calidad de vida es un término que surgió con fuerza a partir de los años 80, cuando el aumento de las enfermedades crónicas, el avance de los tratamientos y la introducción de conceptos como rehabilitación y atención comunitaria adquieren un peso específico relevante en el campo de la salud (García Riaño, (1991); Moreno y Ximénez, (1996)). La calidad de vida permite ampliar la concepción del bienestar y abordarlo desde una perspectiva más operativa y, a priori, más medible. Desde entonces ha generado un volumen asombroso de estudios y se ha convertido en el objetivo central de las políticas sociales y económicas de los gobiernos, en los países desarrollados (Casas, (1998); Fernández-Ballesteros, (1997)). Sin embargo, en los últimos años, se cuestiona la sostenibilidad del Estado de Bienestar que, en definitiva, es el resultado último de la calidad de vida (Pol y Valera, (1998); Prieto, (1993)).

La calidad de vida es un concepto muy vinculado a la vertiente positiva de la salud pero curiosamente, dentro del ámbito de la salud mental, se ha estudiado fundamentalmente en poblaciones enfermas, especialmente en pacientes esquizofrénicos tratados en la comunidad. Las políticas de desinstitucionalización, los avances en los tratamientos farmacológicos y la necesidad de reinserción social de los afectados, han motivado un creciente interés por conocer y valorar el verdadero impacto que estos cambios generan en la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales crónicos.

## **2.5 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

La prevención ha realizado muchos aportes positivos a la sociedad y algunos Programas han demostrado cierta eficacia. Por ejemplo, el Proyecto para la Prevención de la Depresión de San Francisco (ver Muñoz, 1997), el Programa de Entrenamiento en Habilidades Personales, realizado en Nueva York, para prevenir el consumo de drogas en adolescentes (ver Amunátegui, 1997).



El término prevención parece la panacea para todos los problemas. Los políticos la utilizan en sus discursos, los proyectos de investigación en cuyo título aparece el término prevención tienen más probabilidades de recibir subvenciones y la palabra “mágica” aparece en el título de algunos libros que no le dedican siquiera un subpunto del índice. Como indican Fernández-Ríos, Cornes y Codesido (1997) en la página 63: “la prevención es un negocio lucrativo”.

Las intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud mental deben ir dirigidas a potenciar las capacidades positivas del ser humano Winett, Riley, King y Altman, (1993). Uno de los instrumentos básicos que puede utilizarse para la promoción es la educación para la salud positiva: transmitir conocimientos razonados, que permitan a las personas adoptar comportamientos y actitudes saludables por propio convencimiento y entrenar habilidades personales específicas como, por ejemplo, habilidades sociales o resolución de problemas Costa y López, (1986), (1996); Del Rey, (1998); Fortuny y Molina, (1998); García García, (1998); Page, (1982). La educación ha de ir dirigida fundamentalmente a potenciar actitudes que favorezcan la autodirección, la competencia y la autoconfianza. En este sentido, es necesario focalizar la atención en un modelo de promoción que fomente la salud mental positiva y el bienestar Norton, (1998). Como indica Sánchez (1998, pág. 3): “lo positivo, refuerza lo positivo”

Es necesario crear entornos favorables que faciliten conductas de salud (Jha, 1998) y, por tanto, hay que tener en cuenta los factores políticos, económicos, sociales y culturales al diseñar los programas de promoción (Norton, 1998)).

En este sentido, la conferencia de Sundsvall en Suecia, realizada en la década de los 90, generó el concepto de “*ambientes de apoyo para la salud*” Sáinz, (1997). Este concepto se refleja en algunos proyectos europeos.

Por otra parte, algunos autores proponen vincular la promoción de la salud con los derechos humanos; desde ambas perspectivas la meta principal es alcanzar el máximo bienestar posible de todos los ciudadanos. Además, muchos de los principios planteados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos guardan una estrecha relación con la salud, tanto en el aspecto físico como mental García, (1998); Jiménez, (1998).

La Organización Mundial de la Salud defiende, especialmente desde la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata (1978), el concepto de promoción Álvarez, (1998); Del Rey (1998); Deschamps, (1998); Leger, (1997); OMS, (1978); Sáinz, (1997); Valtueña, (1998). En este sentido, en la última Asamblea Mundial, celebrada en 1998, aprobó la resolución sobre promoción de la salud formulada en la IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, organizada por la propia OMS, en Yakarta en 1997 (O’Byrne, 1998). Igualmente se aprobó el nuevo documento político, Salud para Todos en el siglo XXI, en el que se declara que:

“La Salud para Todos es una visión que reconoce a una única humanidad y de ahí la necesidad de promover la salud y de aliviar los males y el sufrimiento de manera universal en un espíritu de solidaridad” (O Byrne, 1998, Pág. 118).

En este aspecto de la promoción de la Salud se encuentra inmerso también la promoción de Salud Mental: Entendiéndose esta promoción como un concepto multidisciplinario que implica la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permiten un desarrollo psicológico total óptimo. Está enfocada especialmente, entre otras preocupaciones, en la autonomía personal, adaptabilidad y habilidad para hacer frente a las presiones, confianza en sí mismo, habilidad social, responsabilidad social y tolerancia. La prevención de trastornos mentales podría ser uno de los resultados Axel Kroeger y Ronaldo Luna (1992).

Sin embargo, en muchas ocasiones la prevención y especialmente la promoción se limitan a una declaración de intenciones sin que se traduzcan a acciones concretas.

Por tanto, hay que potenciar la investigación “básica”, promover el diseño de Programas, mejorar la formación de los equipos asistenciales, realizar estudios con rigor metodológico para evaluar la eficacia de las intervenciones y, en definitiva, como indica la UIPES, invertir mucho más en la vertiente positiva de la salud.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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 la Universidad del Norte también se están llevando a cabo investigaciones de salud mental positiva, en el programa de Psicología con poblaciones vulnerables en edad juvenil y adulta dirigidas por el doctor Jorge Palacio con las estudiantes Laura Puerta y Lourdes Rosillo entre otras.

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.

Un elemento complementario al interés de la investigadora en estudiar las características de salud mental desde una perspectiva sana de estos menores trabajadores, es la compilación de algunas características de estos menores trabajadores en un diagnóstico (documento sin publicar), realizado por el centro de formación nuestra señora del rosario. Dentro de esas características mencionadas en el documento se encuentran: la procedencia de barrios populares, el ciclo individual por el cual están pasando los menores, la motivación de respuesta a las pocas actividades que el centro les brinda, hecho que puede mostrar la sensación que si se tienen programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los menores van a responder.

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 ?.

## **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, de acuerdo al modelo de Jahoda.

#### **4.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

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

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

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

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

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

4.1.7 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 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)

La investigación de la salud mental positiva se realizará, con la utilización de un instrumento denominado CUESTIONARIO DE **SALUD MENTAL POSITIVA** SEGÚN EL MODELO DE 6 FACTORES ESPECÍFICOS Y 16 SUBFACTORES (MODELO JAHODA), en los años 2005 - 2006.

### 5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>SUBESCALAS</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>1. ACTITUDES HACIA SÍ MISMO</b>	<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"> <li>-Accesibilidad del yo a la conciencia</li> <li>-Concordancia yo ideal – yo real</li> <li>-Autoestima</li> <li>-Sentido de identidad</li> </ul> <p>preguntas 4,14,20,23, 31, 38 y 39</p>
<b>2. CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACION</b>	<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"> <li>-como un principio general de vida, es decir, como la fuerza motriz que moviliza la actividad de todos los organismos</li> <li>-Como un criterio de salud mental positiva que tiene dos dimensiones: la motivación por la vida y la implicación en la vida.</li> </ul> <p>Preguntas 7, 12, 16, 17, 29 y 32</p>
<b>3. INTEGRACION</b>	<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"> <li>-Equilibrio psíquico</li> <li>-Filosofía personal sobre la vida</li> <li>-Resistencia al estrés</li> </ul> <p>Preguntas 2, 5, 6, 21,22, 26.</p>

<p><b>4. AUTONOMIA</b></p>	<p>Esta dimensión 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><b>5. PERCEPCION DE LA REALIDAD</b></p>	<p>Este criterio 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><b>6. DOMINIO DEL ENTORNO</b></p>	<p>El área del funcionamiento humano seleccionada con más frecuencia como criterio de salud mental es la capacidad para manejarse en la realidad.</p> <p>Este criterio 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 desarrolló con un diseño descriptivo de corte cuantitativo.

### **6.2 UNIDAD DE ANÁLISIS**

#### **6.2.1 SUJETOS**

El estudio se realizó con menores trabajadores (80) 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 (85%) 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 la directora y los docentes del centro de educación no formal centro de Formación integral Nuestra señora del Rosario de Montería al cual asisten los menores en horarios diferentes a su jornada de estudios.

### **6.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS**

Entre las técnicas e instrumentos utilizados en la presente investigación para la recolección de los datos y que permitieron alcanzar los objetivos propuestos se utilizó el instrumento denominado CUESTIONARIO DE **SALUD MENTAL**

**POSITIVA** SEGÚN EL MODELO JAHODA DE 6 FACTORES ESPECIFICOS Y 16 SUBFACTORES.

Este cuestionario constituyó en esta investigación una herramienta a través de la cual se obtuvo la información requerida; contiene los datos generales del menor trabajador y aspectos relevantes en su salud mental positiva.

El cuestionario elaborado, por María Teresa Lluch Canut en su tesis doctoral **Construcción de una escala para evaluar Salud Mental Positiva 1999**, se revisó con el asesor para las orientaciones correspondientes.

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:

### **6.3.1 FACTORES GENERALES Y SU DEFINICION**

#### **Factor 1: ACTITUDES HACIA SÍ MISMO**

Aspectos de autoconcepto y autoestima, vinculados a características favorables del sí mismo:

- Físico
- personal
- social
- familiar
- ético-moral

## **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
- 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
- Flexibilidad y relatividad

## **Factor 4: AUTONOMIA**

- Independencia
- Seguridad personal /Confianza en si mismo
- Autorregulación de la propia conducta
- Autorresponsabilidad

## **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.
- 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
- Buscar soluciones a los problemas

Una vez definidos los factores, se seleccionaron los ítems, para construir el cuestionario definitivo para evaluar la salud mental positiva.

### **6.4 PROCEDIMIENTO**

En el desarrollo de la investigación se realizaron varias fases fundamentales en cada una de las cuales se hicieron actividades específicas tendientes a cumplir con el objetivo planteado, y teniendo en cuenta el cronograma trazado.

#### **6.4.1 FASE I: PREPARACIÓN DEL EQUIPO**

Esta etapa involucra el elemento que dió inicio a esta investigación: la propuesta o el anteproyecto, que se gestó en el primer semestre del año 2005 cuando se presentó la oportunidad de definir el tema. Una vez se decidió, conjuntamente con el asesor de esta investigación, desarrollar un estudio con

los menores trabajadores en el aspecto de la salud mental positiva en condiciones de trabajadores en los mercados públicos y las afueras de los almacenes de cadena de la ciudad de Montería. Se procedió a una amplia y completa revisión bibliográfica que proporcionó los elementos de juicio necesarios para entrar a manejar algunos conceptos teóricos que dieron luces sobre las variables de estudio, a fin de justificar la importancia del presente trabajo, plantear el problema y definir los objetivos a alcanzar, junto con la metodología de investigación que se realizó. Se decidió trabajar con los menores del centro de Formación integral Nuestra señora del Rosario de Montería. Las actividades mencionadas anteriormente se llevaron a cabo sin contratiempos y se entregó el Proyecto a finales del mes de agosto 2005.

En esta fase el cuestionario está elaborado, puesto que se utilizó uno realizado por María Teresa Lluch Canut en su tesis doctoral **Construcción de una escala para evaluar Salud Mental Positiva 1999**, el cual se revisó con el asesor para las orientaciones correspondientes.

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.

Otra actividad que se realizó al final de esta etapa fue una prueba piloto de diez (10) cuestionarios a menores trabajadores de la ciudad de Ceretè, se realizó con el objeto de validar la facilidad o dificultades en el manejo del cuestionario y al no presentarse observaciones significativas el asesor y la investigadora decidieron aplicar el instrumento para recoger la información propia de este estudio.



#### **6.4.2 FASE II: RECOLECCIÓN DE DATOS**

Esta fase se realizó en el cuarto trimestre del 2005. Para esta época, la revisión bibliográfica continuó al igual que las asesorías con el director de la investigación.

Se realizaron las visitas al centro de formación con el objeto de observar su comportamiento, además se hicieron visitas a los puestos de trabajo hasta donde fue posible para observar su cotidianidad laboral y tener contacto permanente con la población escogida. Alternó a estas visitas, se obtuvo información referente a los menores trabajadores en otras oficinas como Alcaldía, Bienestar y la información actualizada que tenía el centro de Formación integral Nuestra señora del rosario.

Se procedió a aplicar el instrumento a un grupo de 80 menores trabajadores entre los 7 y 17 años de edad, quienes desempeñan sus labores en el mercado público de la ciudad y las afueras de los almacenes de cadena, esta labor de aplicación fue realizada por la investigadora en coordinación con la directora y los docentes del centro de formación, una vez el director de la investigación autorizó y se continuó con la revisión bibliográfica que preemitió ir construyendo un informe con bases científicas y definir mejor los aspectos de la investigación tales como el marco teórico, el problema de investigación, los objetivos y la metodología. Se tuvo una duración de aplicación del instrumento de 40 minutos aproximadamente y con ello no se generó cansancio en los participantes y no afectó la calidad de la información proporcionada.

### **6.4.3 FASE III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

De acuerdo con lo propuesto en el cronograma se realizó esta fase en el primer semestre del año 2006, una vez se culminó la recolección de datos. Se asumieron las recomendaciones dadas por el director de la presente investigación con relación a los análisis presentados. Se tuvo cuidado con la redacción, procurando claridad y sencillez pero sin dejar de lado el sustento teórico que se requiere.

La técnica estadística utilizada para el análisis de datos fue la establecida con el asesor y el apoyo de un estadístico; los datos se calcularon en el programa **SPSS** que permitió la tabulación de los cuestionarios y establecer las relaciones y demás análisis requeridos para las variables.

Terminada esta fase se tuvo un primer informe de avance como parte final de este momento, el cual incluyó los resultados y análisis de los instrumentos de manera total.

### **6.4.4 FASE IV: ELABORACIÓN INFORME DE INVESTIGACIÓN**

El informe final y la difusión de los resultados se está dando para finales del primer semestre e inicios del segundo semestre del año 2006.

El informe final incluye los elementos desarrollados en el proyecto sobre el planteamiento del problema, el marco teórico, objetivos, variables y metodología, presentando además, el capítulo de resultados donde se describe el proceso estadístico para presentación y análisis de los datos, mediante tablas y gráficas.

Este capítulo permite retomar el marco teórico para encontrar relación entre los datos obtenidos y la evidencia teórica existente, para posteriormente presentar una serie de conclusiones y recomendaciones acerca del tema de investigación.

## **7. RESULTADOS**

### **7.1 DESCRIPCIÓN DEL GRUPO**

La población estudiada está conformada por 80 menores trabajadores que habitan en diferentes barrios subnormales (Villa paz, Villa margarita, Alfonso López, Furatena, Los Araujos, otros), de la ciudad de Montería - Córdoba; lo que podría indicar condiciones inhumanas de hacinamiento, en donde la insatisfacción de las necesidades básicas es habitual, como se señala en el informe de gestión de la gobernación de Córdoba, ( 2005). El 100% de los menores trabajadores realizan sus actividades en el mercado público y en las afueras de los Almacenes de cadena, 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.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS ENCUESTA

<b>EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
7	2	2,5
8	4	5,0
9	5	6,3
10	10	12,5
11	6	7,5
12	21	26,3
13	11	13,8
14	14	17,5
15	5	6,3
16	2	2,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

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.

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 analisis 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, en su tesis doctoral, (1999), fue posible estudiarla en los menores trabajadores de Montería y se obtuvieron resultados positivos clasificándolos en **subescalas** así:

#### **1. ACTITUDES HACIA SÌ MISMO:**

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

- Me gusto como soy, respuesta positiva ( ver tabla 5)
- Creo que soy una persona sociable, respuesta positiva (ver tabla 21)
- Me siento una persona menos importante que las personas que me rodean, respuesta positiva (ver tabla 15)
- Pienso que soy una persona digna de confianza, respuesta positiva (Ver tabla 24)
- Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada, respuesta positiva (no se dan este calificativo de inútiles), (ver tabla 32)
- Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o, respuesta negativa (Ver tabla 39)
- Me siento insatisfecho de mi aspecto físico, respuesta positiva (ver tabla 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 autorresponsabilidad 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 mentalmente 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 Castellan 1983 (P. 99.), "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, AMAR, Barranquilla (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. P. 38).

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, 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 (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.

## **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 tabla 8)
- Veo mi futuro con pesimismo, respuesta positiva, ven su futuro bien ( tabla 13)
- Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden, respuesta positiva (ver tabla 17)
- Intento mejorar como persona, respuesta positiva (ver tabla 18)
- Los cambios que ocurren en mi vida habitual me estimulan, respuesta negativa, no se ven estimulados, (ver tabla 30)
- Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes, respuesta positiva (Ver tabla 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 autoactualización, 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 tabla 3)
- Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas, respuesta positiva (ver tabla 6)
- Me siento a punto de explotar, respuesta positiva ( no experimentan las ganas de explotar (ver tabla 7)
- soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos, respuesta positiva (ver tabla 22)
- Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida, respuesta positiva (ver tabla 23)
- Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal, respuesta positiva (Ver tabla 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, p. 8)

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 de la autoactualización, 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 tabla 11)
- Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones, respuesta positiva (ver tabla 14)
- Soy capaz de tomar decisiones por mi mismo, respuesta positiva (Ver tabla 16)
- Me preocupa que la gente me critique, respuesta positiva (no tienen en cuenta las críticas), (ver tabla 20)
- Me resulta difícil tener opiniones personales, respuesta positiva ( no tienen dificultades), (ver tabla 34)
- Cuando tengo que tomar decisiones importantes.... me siento muy inseguro, respuesta negativa (muestran inseguridad), (ver tabla 35)
- soy capaz de decir no cuando quiero decir no, respuesta positiva (Ver tabla 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 Lluch, 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, p. 46). 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 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

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 influyen 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, 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 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. Tienen 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 pérdida 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 privación 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. Indesición
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 tabla 2)
- A mi, ... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas, respuesta negativa (ver tabla 4)
- A mi, ... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional, respuesta negativa (ver tabla 9)
- Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas, respuesta positiva (ver tabla 12)
- Me considero "un/a buen/a psicólogo/a," respuesta positiva (ver tabla 19)
- A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás, respuesta negativa (ver tabla 25)
- Pienso en las necesidades de los demás, respuesta positiva (Ver tabla 26)
- Me gusta ayudar a los demás, respuesta positiva (ver tabla 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 (19992), 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, pág. 11).

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 demás, 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. P. 35). 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, “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, P15).

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 tabla 10)
- Cuando hay cambios en mi entorno ... intento adaptarme, respuesta con similitud en todos los ítems, (ver tabla 28)
- Delante de un problema ... soy capaz de solicitar información respuesta con receptividad (ver tabla 29)
- Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes (ver tabla 31)
- Cuando se me plantea un problema.... intento buscar posibles soluciones (ver tabla 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 RAMIREZ, A. VASQUEZ (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 RAMIREZ, en la revista Cambio 16 Febrero. (1996 No.137. p. 38) 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, 2ª edición).



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 Lluch Canut Maria Teresa 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. P. 37), cita hecha por Mejía: 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 equiparamiento 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 con el cuestionario construido por Luch, en su tesis doctoral 1999, mostró resultados satisfactorios que pueden concluirse de la siguiente manera:

Los sujetos del estudio están comprendidos en el grupo etéreo 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 Montería.

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 autoaceptación, autoconfianza y/o autodependencia son positivos. De esta forma Jahoda cita diferentes autores y menciona que la autoaceptación implica que las personas han aprendido a vivir consigo mismas, aceptando sus propias limitaciones y posibilidades. La autoconfianza engloba la autoestima y el autorespeto 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, pág 43 – 44).

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 sí 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 sí 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 la institución Nuestra Señora Del Rosario en convenio con la Diócesis, Alcaldía 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 mirar 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 a la institución Nuestra Señora del Rosario, 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 etareos 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 metodològics en psiquiatria. Ed. 62
- Abella (DIR.), Psiquiatria Fonamental (pp. 33-50). Barcelona: Ediciones 62.
- Alarcón glasinovich, Walter, 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 coll. (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<sup>a</sup> D y Vásquez, C, (1998). Optimismo inteligente. Madrid: Alianza Editorial.
- Axel Kroeger y Ronaldo Luna, (1992). compiladores, Atención primara de salud. Principios y métodos.
- Baca, (1992). Epidemiología psiquiátrica. En J. L. Ayuso y L. Salvador (Dirs.), 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<sup>a</sup>

- 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, Lourdes, et al, 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* (4ª 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: Piramide.
- 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 Guillermo. (1992). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México Trillas
- Bruner, Jerome. *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, Roberto 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, Henry. *Introducción a la Psicología Social*. México: Trillas, 1986. P. 35).

Chaney, Elsa et al., 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.), Metodos 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, Silvina, 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.

Gomez, Miguel. 1997. Miles de trabajadores pequeños. Reflexiones. Propuestas. Asunción: UNICEF, 78 páginas.

Gomez, Miguel; Hevia, Rita. 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: Piramide.

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). Educació per a la salut. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona (Textos docents: 137. Text- guia).

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: Diaz 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., Paul, 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](mailto: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. Selltiz, 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). EConceptos 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 (Dir.), *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 (Dirs.), 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. Buela-Casal, V. E. Caballo y J.C. Sierra (Dirs.), 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).
- Movilización 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", nº 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", nº 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", nº 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", nº 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 América 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, Alicia, “Los Derechos de familia y su proyección en la Constitución”, en Camacho, Emilio et al, compiladores - Comentario a la Constitución Nacional. Homenaje al Quinto Centenario - Corte Suprema de Justicia - 1997- Asunción Paraguay - 149-169 p. p.

Pucheta De Correa, Alicia, 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 al, 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

# **ANEXOS**



## **ANEXO 1**

Hola. En primer lugar, darte las gracias anticipadamente por tu colaboración.  
El cuestionario que te presentamos contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros.

Para contestarlo, lee cada frase y completa mentalmente el espacio de puntos suspensivos con la frecuencia que mejor se adapte a ti.

A continuación señala con una X en las casillas de la derecha tu respuesta.

Las posibles respuestas son:

**7 SIEMPRE o CASI SIEMPRE**

**8 A MENUDO o CON BASTANTE FRECUENCIA**

**9 ALGUNAS VECES**

**10 NUNCA o CASI NUNCA**

No necesitas reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es tu opinión. Tampoco trates de buscar la respuesta que quizá podría causar una “mejor impresión” ya que puedes estar seguro que trataré la información con absoluta confidencialidad y anonimato.

**POR FAVOR, CONTESTA A TODAS LAS AFIRMACIONES.**

**MUCHAS GRACIAS**

## CUESTIONARIO PARA EVALUAR 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 A mi,...me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías.				
2 Los problemas.... me bloquean fácilmente				
3 A mi, ... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4. Me gusto como soy				
5.... soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6.... me siento a punto de explotar				
7 Para mi, la vida es.... aburrida y monótona				
8 A mi, ... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9.Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias 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 sus respuestas				
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. me considero “un/a buen/a psicólogo/a”				
19. me preocupa que la gente me critique				
20.... creo que soy una persona sociable				
21.... soy capaz de controlarme cuando Tengo pensamientos negativos				
22 ... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23.... pienso que soy una persona Digna de confianza				
24 A mí,. me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25 ... pienso en las necesidades de los demás				

26. Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27. Cuando hay cambios en mi entorno .. intento adaptarme				
28. Delante de un problema .. soy capaz de solicitar información				
29 Los cambios que ocurren en mi rutina Habitual me estimulan				
30 Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31 ...creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32 ... Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
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 insatisfecha/o de mi aspecto físico				

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

## ANEXO 2 TABLAS

**TABLA 2. P1) ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL ACEPTAR A LOS OTROS  
CUANDO TIENEN ACTITUDES DISTINTAS A LAS MIAS**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	siempre o casi siempre	26	32,5
	Con frecuencia	10	12,5
	Algunas veces	22	27,5
	Nunca o casi nunca	22	27,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 3 P2) LOS PROBLEMAS ME BLOQUEAN FÁCILMENTE**

P2

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	16	20,0
	Con frecuencia	15	18,8
	Algunas veces	23	28,8
	Nunca o casi nunca	26	32,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 4 P3) ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL ESCUCHAR A LAS PERSONAS  
QUE ME CUENTAN SUS PROBLEMAS**

P3

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	37	46,3
	Con frecuencia	10	12,5
	Algunas veces	21	26,3
	Nunca o casi nunca	12	15,0
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 5 P4) ME GUSTO COMO SOY**

**P4**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	61	76,3
	Con frecuencia	12	15,0
	Algunas veces	4	5,0
	Nunca o casi nunca	3	3,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 6 P5) SOY CAPAZ DE CONTROLARME CUANDO EXPERIMENTO EMOCIONES NEGATIVAS**

**P5**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	32	40,0
	Con frecuencia	9	11,3
	Algunas veces	32	40,0
	Nunca o casi nunca	7	8,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 7 P6) ME SIENTO A PUNTO DE EXPLOTAR**

**P6**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre	15	18,8
	Con frecuencia	16	20,0
	Algunas veces	22	27,5
	Nunca o casi nunca	27	33,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 8 P7) PARA MI LA VIDA ES ABURRIDA Y MONÓTONA**

**P7**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	11	13,8
	Con frecuencia	9	11,3
	Algunas veces	24	30,0
	Nunca o casi nunca	36	45,0
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 9 P8) ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL DAR APOYO EMOCIONAL**

**P8**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	24	30,0
	Con frecuencia	16	20,0
	Algunas veces	22	27,5
	Nunca o casi nunca	18	22,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 10 P9) TENGO DIFICULTADES PARA ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES PROFUNDAS Y SATISFACTORIAS CON ALGUNAS PERSONAS**

**P9**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	23	28,8
	Con frecuencia	16	20,0
	Algunas veces	19	23,8
	Nunca o casi nunca	22	27,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 11 P10) ME PREOCUPA MUCHO LO QUE LOS DEMAS PIENSAN DE MI**

**P10**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	14	17,5
	Con frecuencia	12	15,0
	Algunas veces	29	36,3
	Nunca o casi nunca	25	31,3
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 12 P11) CREO QUE TENGO MUCHA CAPACIDAD PARA PONERME EN EL LUGAR DE LOS DEMAS Y COMPRENDER SUS RESPUESTAS**

**P11**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	28	35,0
	Con frecuencia	14	17,5
	Algunas veces	23	28,8
	Nunca o casi nunca	15	18,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 13 P12) VEO MI FUTURO CON PESIMISMO**

**P12**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	17	21,3
	Con frecuencia	6	7,5
	Algunas veces	23	28,8
	Nunca o casi nunca	34	42,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)



**TABLA 14 P13) LAS OPINIONES DE LOS DEMAS ME INFLUYEN MUCHO A LA HORA DE TOMAR MIS DECISIONES.**

**P13**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	18	22,5
	Con frecuencia	17	21,3
	Algunas veces	22	27,5
	Nunca o casi nunca	23	28,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 15 P14) ME CONSIDERO UNA PERSONA MENOS IMPORTANTE QUE EL RESTO DE LAS PERSONAS QUE ME RODEAN.**

**P14**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	16	20,0
	Con frecuencia	15	18,8
	Algunas veces	19	23,8
	Nunca o casi nunca	30	37,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 16 P15) SOY CAPAZ DE TOMAR DECISIONES POR MI MISMO**

**P15**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	28	35,0
	Con frecuencia	10	12,5
	Algunas veces	22	27,5
	Nunca o casi nunca	20	25,0
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 17 P16) INTENTO SACAR LOS ASPECTOS POSITIVOS**

**P16**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	31	38,8
	Con frecuencia	14	17,5
	Algunas veces	21	26,3
	Nunca o casi nunca	14	17,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 18 P17) INTENTO MEJORAR COMO PERSONA**

**P17**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	40	50,0
	Con frecuencia	11	13,8
	Algunas veces	14	17,5
	Nunca o casi nunca	15	18,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 19 P18) ME CONSIDERO UN/A BUEN/A PSICÓLOGO/A**

**P18**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	28	35,0
	Con frecuencia	18	22,5
	Algunas veces	25	31,3
	Nunca o casi nunca	9	11,3
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 20 P19) ME PREOCUPA QUE LA GENTE ME CRITIQUE**

**P19**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	19	23,8
	Con frecuencia	13	16,3
	Algunas veces	19	23,8
	Nunca o casi nunca	29	36,3
	Total	80	100,0

Fuente Directa Cuestionario

**TABLA 21 P20) CREO QUE SOY UNA PERSONA SOCIABLE**

**P20**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	33	41,3
	Con frecuencia	13	16,3
	Algunas veces	24	30,0
	Nunca o casi nunca	10	12,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 22 P21) SOY CAPAZ DE CONTROLARME CUANDO TENGO PENSAMIENTOS NEGATIVOS**

**P21**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	29	36,3
	Con frecuencia	15	18,8
	Algunas veces	26	32,5
	Nunca o casi nunca	10	12,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 23 P22) SOY CAPAZ DE MANTENER UN BUEN NIVEL DE AUTOCONTROL EN LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS DE MI VIDA**

**P22**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	22	27,5
	Con frecuencia	24	30,0
	Algunas veces	21	26,3
	Nunca o casi nunca	13	16,3
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 24 P23) PIENSO QUE SOY UNA PERSONA DIGNA DE CONFIANZA**

**P23**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	45	56,3
	Con frecuencia	10	12,5
	Algunas veces	15	18,8
	Nunca o casi nunca	10	12,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 25 P24) ME RESULTA ESPECIALMENTE DIFÍCIL ENTENDER LOS SENTIMIENTOS DE LOS DEMAS**

**P24**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	17	21,3
	Con frecuencia	21	26,3
	Algunas veces	30	37,5
	Nunca o casi nunca	12	15,0
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 26 P25) PIENSO EN LAS NECESIDADES DE LOS DEMAS**

**P25**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	28	35,0
	Con frecuencia	18	22,5
	Algunas veces	24	30,0
	Nunca o casi nunca	10	12,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 27 P26) SI ESTOY VIVIENDO PRESIONES EXTERIORES DESFAVORABLES.....  
SOY CAPAZ DE CONTINUAR MANTENIENDO MI EQUILIBRIO PERSONAL.**

**P26**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	27	33,8
	Con frecuencia	14	17,5
	Algunas veces	25	31,3
	Nunca o casi nunca	14	17,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 28 P27) CUANDO HAY CAMBIOS EN MI ENTORNO.... INTENTO ADAPTARME**

**P27**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	23	28,8
	Con frecuencia	17	21,3
	Algunas veces	23	28,8
	Nunca o casi nunca	17	21,3
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 29 P28) DELANTE DE UN PROBLEMA SOY CAPAZ DE SOLICITAR INFORMACIÓN**

**P28**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	22	27,5
	Con frecuencia	15	18,8
	Algunas veces	26	32,5
	Nunca o casi nunca	17	21,3
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 30 P29) LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN MI RUTINA HABITUAL ME ESTIMULAN**

**P29**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	18	22,5
	Con frecuencia	19	23,8
	Algunas veces	23	28,8
	Nunca o casi nunca	20	25,0
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 31 P30) TENGO DIFICULTADES PARA RELACIONARME ABIERTAMENTE CON MIS PROFESORES / JEFES.**

**P30**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	21	26,3
	Con frecuencia	16	20,0
	Algunas veces	23	28,8
	Nunca o casi nunca	20	25,0
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 32 P31) CREO QUE SOY UN/A INÚTIL Y NO SIRVO PARA NADA.**

**P31**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	14	17,5
	Con frecuencia	14	17,5
	Algunas veces	25	31,3
	Nunca o casi nunca	27	33,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA33 P32) TRATO DE DESARROLLAR Y POTENCIAR BUENAS APTITUDES**

**P32**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	33	41,3
	Con frecuencia	21	26,3
	Algunas veces	15	18,8
	Nunca o casi nunca	11	13,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 34 P33) ME RESULTA DIFÍCIL TENER OPINIONES PERSONALES**

**P33**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	13	16,3
	Con frecuencia	13	16,3
	Algunas veces	35	43,8
	Nunca o casi nunca	19	23,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 35. P34) CUANDO TENGO QUE TOMAR DECISIONES IMPORTANTES ME SIENTO MUY INSEGURO.**

**P34**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	24	30,0
	Con frecuencia	8	10,0
	Algunas veces	29	36,3
	Nunca o casi nunca	19	23,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 36 P35) SOY CAPAZ DE DECIR NO CUANDO TENGO QUE DECIR NO.**

**P35**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	16	20,0
	Con frecuencia	19	23,8
	Algunas veces	27	33,8
	Nunca o casi nunca	18	22,5
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 37 P36) CUANDO SE ME PLANTEA UN PROBLEMA... INTENTO BUSCAR POSIBLES SOLUCIONES.**

**P36**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	25	31,3
	Con frecuencia	17	21,3
	Algunas veces	29	36,3
	Nunca o casi nunca	9	11,3
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)



**TABLA 38 P37) ME GUSTA AYUDAR A LOS DEMÁS**

**P37**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	38	47,5
	Con frecuencia	17	21,3
	Algunas veces	13	16,3
	Nunca o casi nunca	12	15,0
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

**TABLA 39 P38) ME SIENTO INSATISFECHO CONMIGO MISMO.**

**P38**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	32	40,0
	Con frecuencia	9	11,3
	algunas veces	20	25,0
	Nunca o casi nunca	19	23,8
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

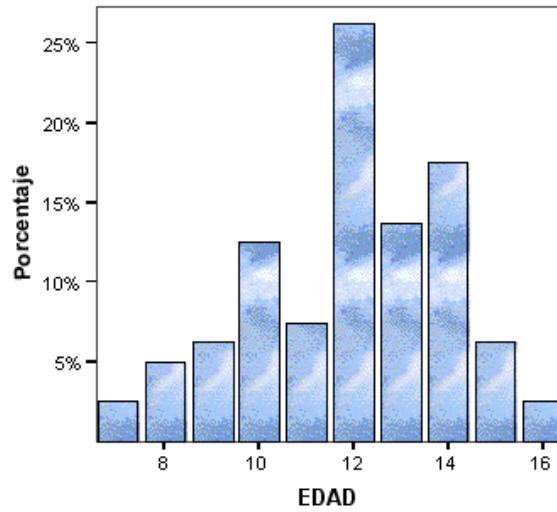
**TABLA 40. P39) ME SIENTO INSATISFECHO DE MI ASPECTO FÍSICO.**

**P39**

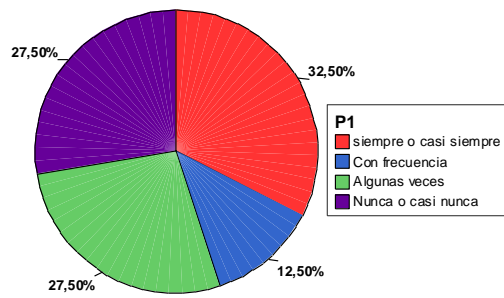
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre o casi siempre	19	23,8
	Con frecuencia	14	17,5
	Algunas veces	22	27,5
	Nunca o casi nunca	25	31,3
	Total	80	100,0

Fuente directa (cuestionario)

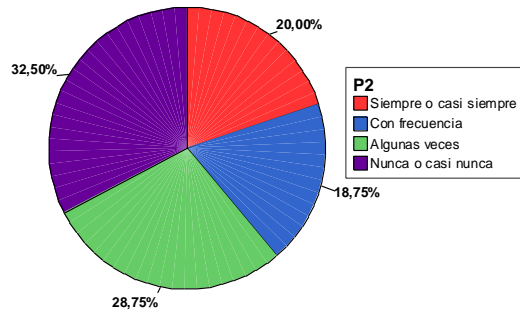
### ANEXO 3 GRAFICAS



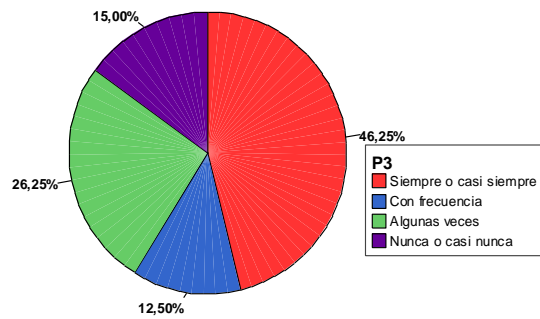
Gràfica 1



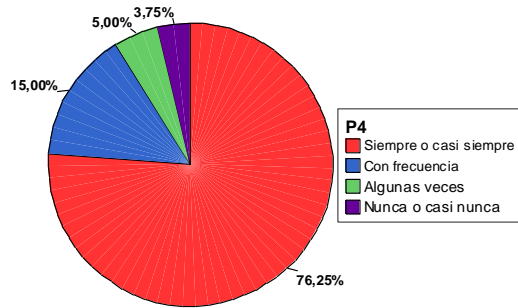
Gràfica 2



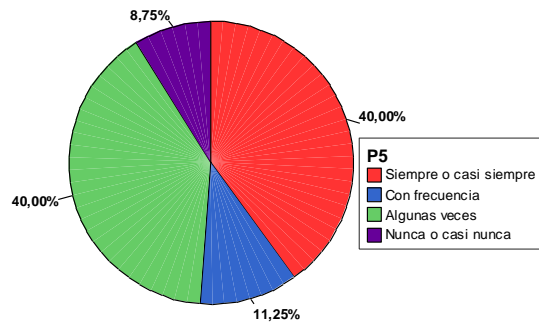
**Grafica 3**



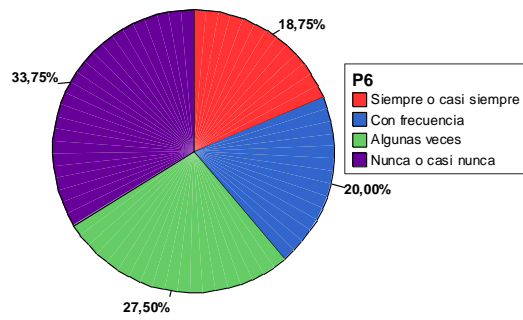
**Grafica 4**



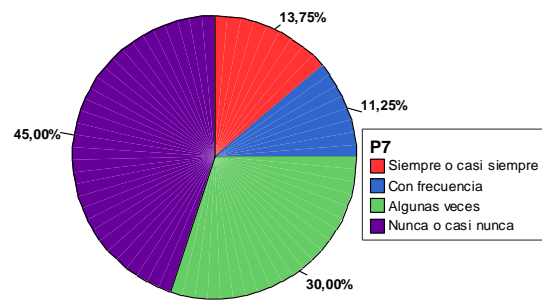
**Grafica 5**



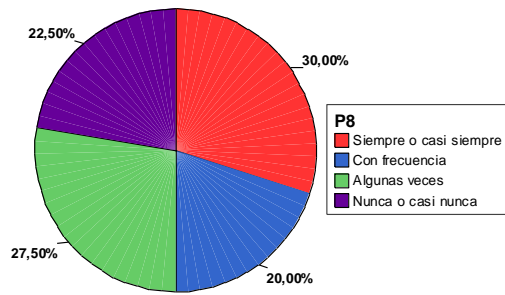
**Grafica 6**



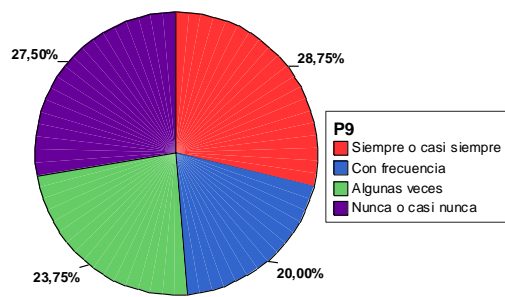
**Grafica 7**



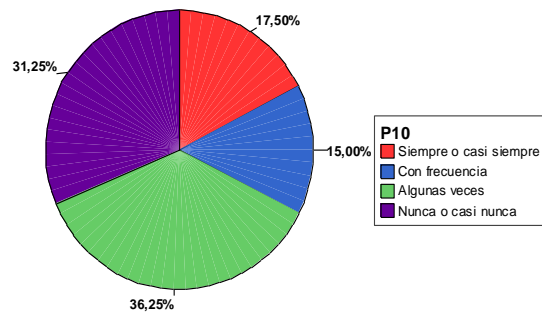
**Grafica 8**



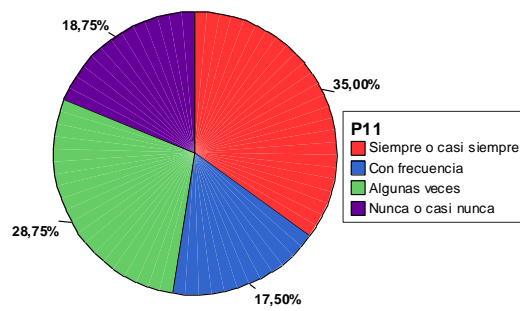
**Grafica 9**



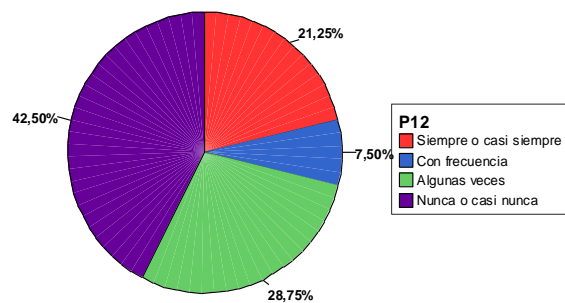
**Grafica 10**



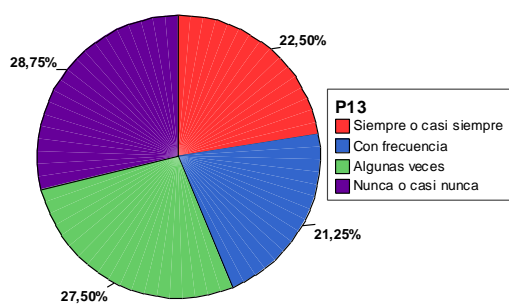
**Grafica 11**



**Grafica 12**

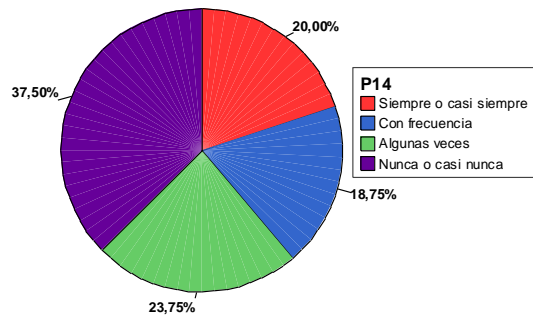


**Grafica 13**

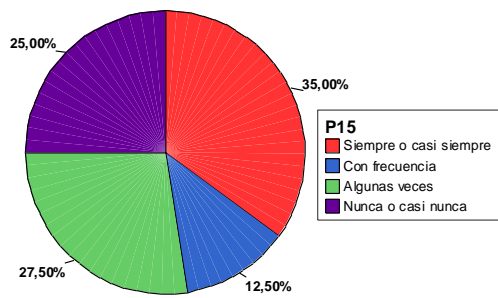


**Grafica 14**

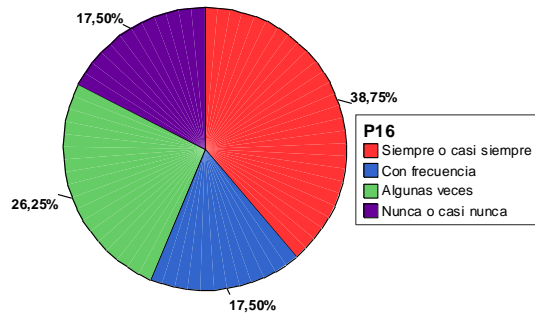




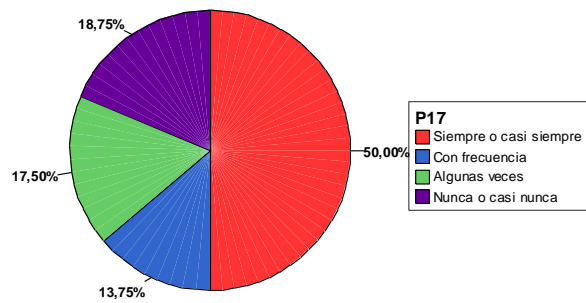
**Grafica 15**



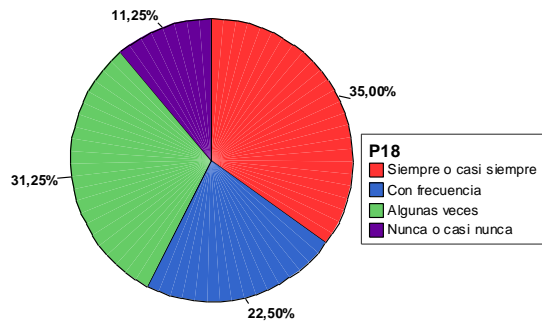
**Grafica 16**



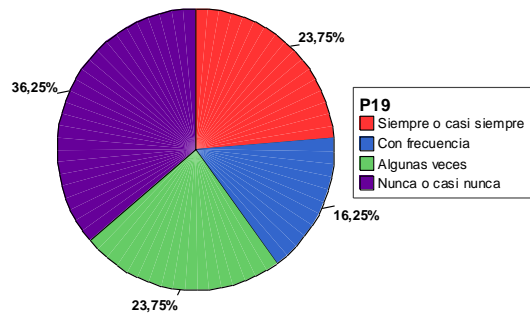
**Grafica 17**



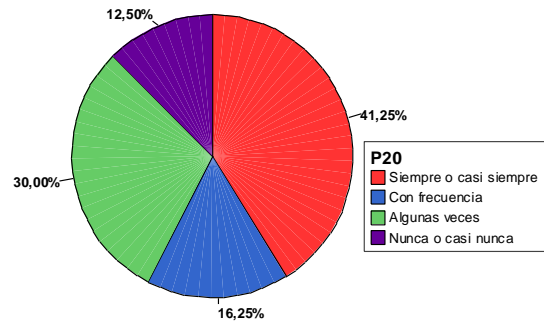
**Grafica 18**



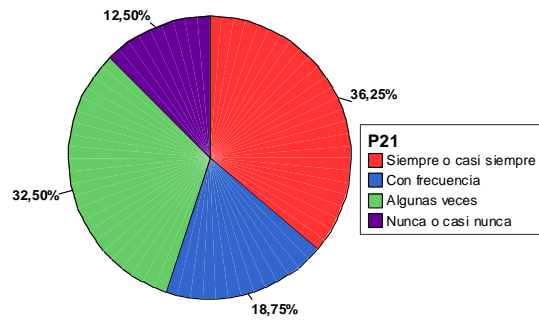
**Grafica 19**



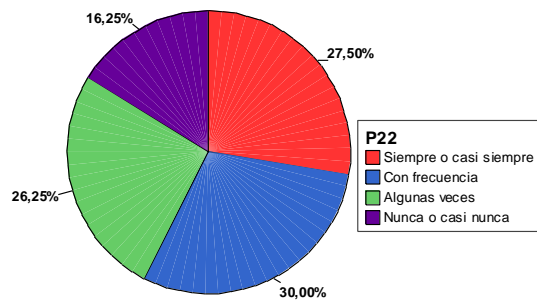
**Gràfica 20**



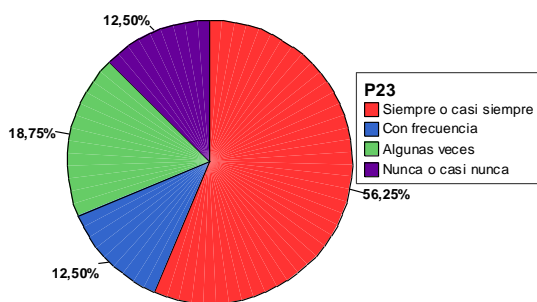
**Grafica 21**



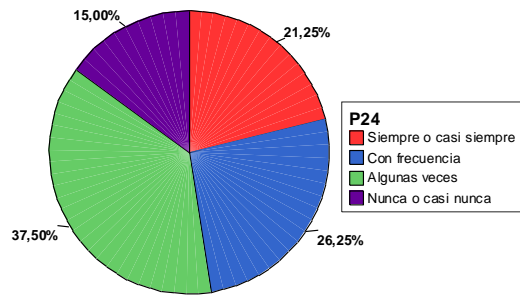
**Grafica 22**



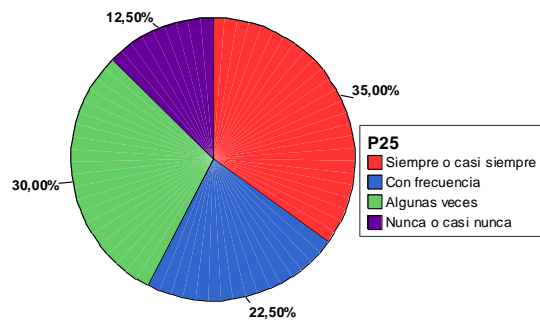
Grafica 23



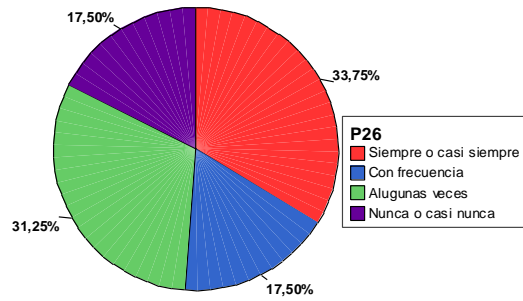
Grafica 24



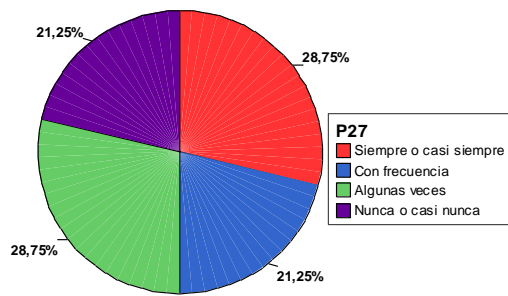
**Grafica 25**



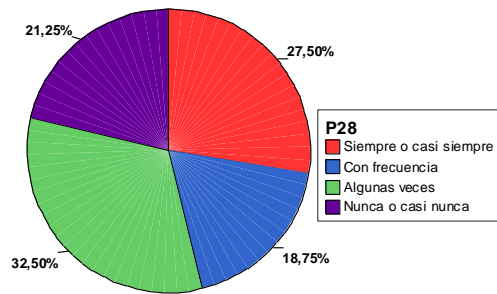
**Grafica 26**



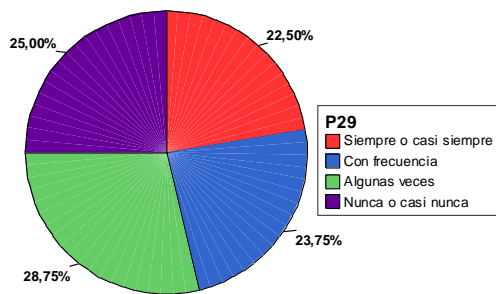
**Grafica 27**



**Grafica 28**

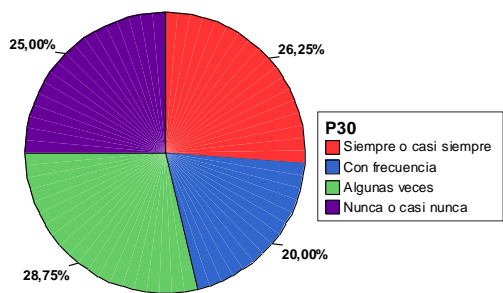


**Grafica 29**

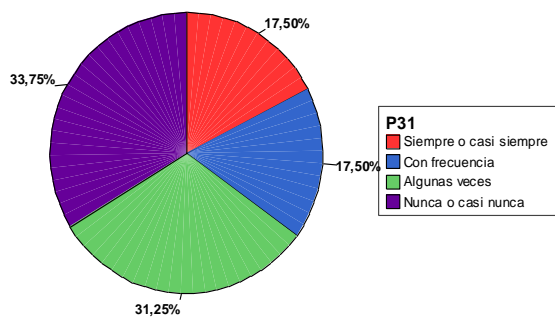


**Grafica 30**

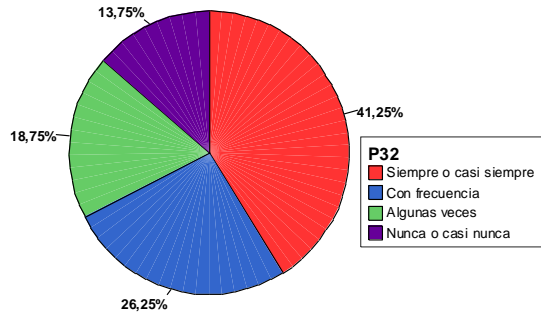




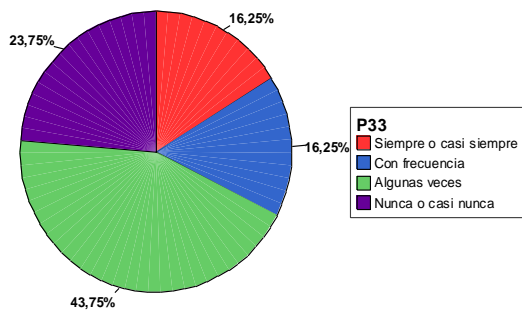
**Grafica 31**



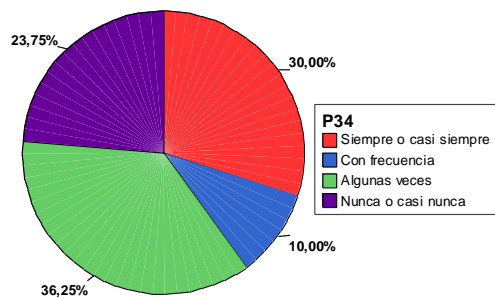
**Grafica 32**



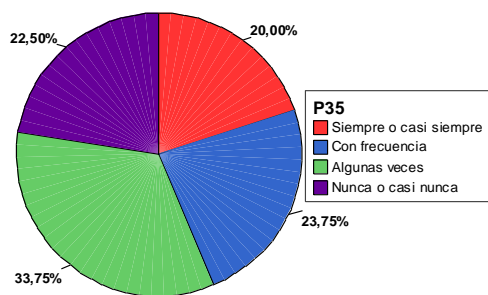
**Grafica 33**



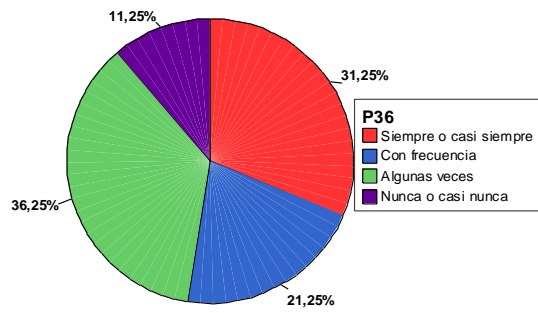
**Grafica 34**



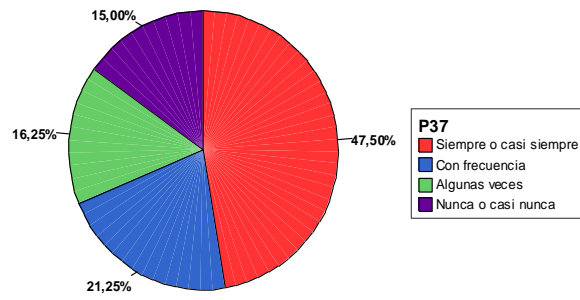
**Grafica 35**



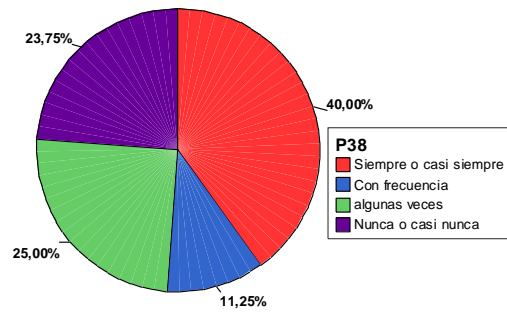
**Grafica 36**



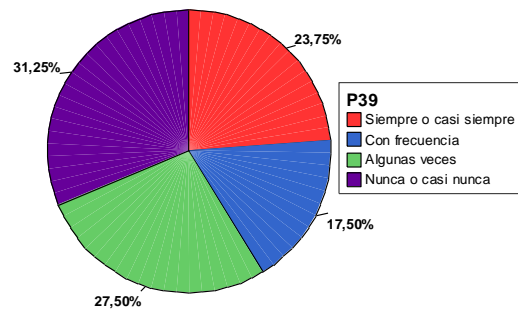
**Grafica 37**



**Grafica 38**



**Grafica 39**



**Grafica 40**