

# LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS MENORES TRABAJADORES DE TOLUVIEJO (SUCRE)\*

Jorge Palacio, José Amar, Camilo Madariaga,  
Humberto Llinás, Katherine Contreras

## **JORGE PALACIO**

PHD. EN PSICOLOGÍA. COORDINADOR DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
DIRECCIÓN POSTAL: UNIVERSIDAD DEL NORTE, A.A. 1569, BARRANQUILLA  
(COLOMBIA).  
jpalacio@uninorte.edu.co

## **JOSÉ AMAR**

PHD. EN PSICOLOGÍA SOCIAL. DECANO DE LA DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y  
CIENCIAS SOCIALES  
jpalacio@uninorte.edu.co

## **CAMILO MADARIAGA**

PHD. EN EDUCACIÓN. COORDINADOR FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL  
NIÑO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD.  
cmadaria@uninorte.edu.co

## **HUMBERTO LLINÁS**

PHD. EN ESTADÍSTICA. DOCENTE DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICAS Y FÍSICA  
hllinas@uninorte.edu.co

## **KATHERINE CONTRERAS**

ESTUDIANTE DE 10 SEMESTRE DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DEL NORTE.  
ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA – BECARIA PROYECTO JOVEN INVESTIGADOR  
kcontreras@uninorte.edu.co

\* Este artículo es resultado del proyecto “Erradicación del trabajo infantil en la minería artesanal de Toluvejo mediante el modelo ecológico de Bongenbrenner”, desarrollado por el Grupo de Investigaciones en Desarrollo Humano –GIDHUM– de la Universidad del Norte con la financiación de Ingeominas, en alianza con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD.

## RESUMEN

Los menores en Tolviejo (Sucre-Colombia) participan en la explotación y transformación física de rocas calcáreas para la obtención de piedra caliza triturada, gravilla, etc. Inician su vida laboral a los 6 años, y es preocupante el impacto que esta actividad puede tener en su salud y calidad de vida. Se seleccionaron intencionalmente 191 menores de una población de 400 que asistían al colegio del pueblo, de los cuales 36 (18%) indicaron que picaban piedra. Se compararon los indicadores en calidad de vida en los trabajadores y no trabajadores, y se observó una calidad de vida en salud más degradada en los menores que pican piedra con respecto a aquellos que no lo hacen, pero con resultados poco significativos, lo cual puede deberse a las precarias condiciones en las que viven los menores de la zona rural de este municipio.

**PALABRAS CLAVES:** Menor trabajador, calidad de vida, salud, Tolviejo.

## ABSTRACT

*The children of Tolviejo (Sucre) participate in the exploitation and physical transformation of calcareous rocks to obtain crushed limestone, gravel, etc. They begin working at the age of six, and it is rather worrisome how the impact of this activity can affect their health and quality of life. Intentionally, 191 children were selected from a population of 400 that attended a school in the town mentioned. From these students, 36 (18%) indicated that they crushed rock. Quality of life indicators of the working children and the non working children were compared and it was observed that the quality of life involving health was much more degraded in the children who crush rock than those who do not. Even so, the results were not very significant, which may be due to the fact that the children who reside in the rural zone of this town live in precarious conditions.*

**KEY WORDS:** Working minor, quality of life, health, Tolviejo.

## INTRODUCCIÓN

Toluviejo, el municipio más antiguo del departamento de Sucre –descubierto por Pedro de Heredia en 1534– está ubicado a 18 km de Sincelejo, capital de Sucre. Posee aproximadamente 25 442 habitantes y tiene como fuente principal de ingreso la agricultura, la ganadería y la actividad minera. Esta última consiste en la explotación y transformación física de rocas calcáreas para la obtención de piedra caliza triturada, gravilla, granito de mármol, etc. En este proceso, la participación de las niñas, niños y jóvenes es preocupante si se tiene en cuenta que varios estudios ubicaban la iniciación de su vida laboral aproximadamente en los 7 años de edad. Frente a esta problemática se definió un proyecto de intervención en el marco del Programa para la Erradicación del Trabajo Infantil en la Minería Artesanal Colombiana (PEPTIMA), financiado por Ingeominas en alianza con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), llevado a cabo por la Universidad del Norte a través del Centro de Investigaciones del Desarrollo Humano (CIDHUM), en el cual participaron diferentes investigadores del grupo\*.

A continuación se presenta una parte de sus resultados en los cuales se describe y analiza el impacto de la actividad laboral en la calidad de vida en salud de los menores de Toluviejo. Inicialmente se describirán algunos datos del trabajo infantil; luego se presentará la problemática de Toluviejo y la conceptualización del concepto de calidad de vida en salud; enseguida se describirá la metodología y se terminará con la comparación de la calidad de vida en los menores trabajadores entre 11 y 17 años con respecto a los jóvenes que no trabajaban.

\* Director de la investigación: Dr. José Amar. Se agradece la participación de José David Quintero, Álvaro Sánchez, María Paulina Jackson, Laura Puerta, Eloísa Sierra, Ana María Pérez, Bianca Velásquez, entre otros.

## EL TRABAJO INFANTIL

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

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

En general, las razones que da el padre o encargado de las niñas, niños y jóvenes para permitir el trabajo infantil se organizan en cuatro categorías (DANE, 2001): Apoyar el sostenimiento económico de la familia y ayudar con los gastos de la casa (45%); el gusto por tener su propio dinero (27,4%); la necesidad de costearse el estudio y alejarse de los vicios (16,1%); el creer que el trabajo los forma y los hace honrados (11%).

En una investigación realizada por el Observatorio sobre la Infancia de la Universidad Nacional (2005) se encontró que en

Toluviejo un total de 1160 menores entre 5 y 17 años trabajaban en la minería, de los cuales 1059 son de sexo masculino y 101 de sexo femenino. Se observó que los niños de las canteras iban inicialmente a los frentes de explotación minera para llevar los alimentos a sus padres, posteriormente se iban adaptando al entorno y terminaban por participar activamente de las actividades productivas, las cuales aprenden por observación o con la guía de los mayores. La distribución de las labores dependía en gran medida de su edad; así, los de 5 y 9 años amontonaban piedras y recogían polvillo de piedra, los de 9 años extraían, picaban y cargaban piedras, mientras que los de 16 y 17 estaban en capacidad de manipular explosivos.

El 11.38% de los niños afirmaron que eran obligados a trabajar, mientras que el 88.62% restante indicó que lo hacía voluntariamente (Observatorio sobre la Infancia, 2005), pero la voluntariedad rápidamente se convierte en imposición si se conoce que un 78.7% de los menores contribuye hasta con un 20% del total de los ingresos familiares, un 19.7%, entre el 40 y 60%, y un 1.6% aporta más del 60% de los ingresos familiares.

## **SALUD EN MENORES TRABAJADORES**

Con respecto a la salud en general, se considera que las niñas, niños y jóvenes que trabajan tienen una salud física deficiente, ya que el trabajo que ejercen los expone a riesgos de enfermedades y accidentes propios de la ocupación y condiciones en que se da, a lo cual se agrega la poca o inadecuada alimentación que reciben (Luna & Pérez, 2004, citados por el Observatorio sobre Infancia de la Universidad Nacional, 2005). Además, su desarrollo emocional se ve afectado por enfrentarse a condiciones de aislamiento, degradantes o peligrosas, lo cual no les permite establecer un vínculo emocional adecuado para interactuar, cooperar con otros y desarrollar un sentido real de identidad. Su autoconfianza y autoestima disminuyen, y para completar este difícil panorama, no tienen la oportunidad de participar –o lo hacen muy intermitentemente– en actividades educativas o de recreación, las cuales son esenciales para

su desarrollo como personas. Es decir, que limita o imposibilita la participación de los niños y jóvenes trabajadores en espacios donde se realiza la socialización y la construcción de recursos subjetivos para la vida en la adultez (familia, escuela), donde el componente lúdico es esencial para su desarrollo. De esta manera, el trabajo infantil impide el tránsito adecuado de las etapas necesarias para un desarrollo cognitivo, afectivo y social (Sampaio, Ruiz & Borsi, 1999). Como lo afirma Mitjás (2001), no hay duda de que la escuela como espacio de aprendizaje, de adquisición de conocimientos y habilidades, y sobre todo de socialización, le es quitado o reducido al niño y al joven trabajador, con lo cual pierde el contacto con la producción cultural de la humanidad, y se le quita la interacción con personas mayores que no lo juzgan por el “servicio que presta” sino por su calidad de estudiante.

Lo anterior es corroborado en la investigación de Palacio et al. (2007) sobre las características de la Salud Mental Positiva en los niños y jóvenes (13 a 17 años) de las canteras de Toluviejo (investigación que se desarrolló de manera paralela a la que se presenta en este artículo), en la que se observó que en la mayoría de los indicadores los niños trabajadores ( $n=36$ ) presentan promedios muestrales más bajos que los niños y jóvenes que no trabajan ( $n=155$ ) (ver tabla 1). Se observan diferencias significativas entre los promedios de salud mental positiva en menores trabajadores y en menores no trabajadores en las subescalas de satisfacción personal, actitud prosocial y habilidades de relaciones interpersonales. Con los valores muestrales se observa que los menores trabajadores perciben una menor satisfacción con su autoestima, autoimagen, autoconcepto y con la aceptación que perciben de los otros (Lluch, 1999). Estos aspectos se generan en gran medida –y en la mayoría de las veces– por las opiniones y los comentarios que tienen los compañeros y amistades más íntimas del adolescente, y a los cuales es más sensible por la etapa evolutiva en que se encuentra (Papalia, Wendkos & Duskin, 2004). Pero es muy probable que los menores trabajadores, al tener menos tiempo para interactuar con sus pares, no propicien los espacios suficientes para conocer –o, en su defecto,

cambiar— la percepción que tienen de ellos los demás, lo que cobra relevancia para el juicio de valía que realiza cada menor de sí mismo (Shaffer, 2000).

**Tabla 1**

Prueba F de comparación entre los indicadores promedios en la Salud Mental Positiva de menores trabajadores y de menores no trabajadores

INDICADORES DE SALUD MENTAL POSITIVA	INDICADOR PROMEDIO MUESTRAL EN MENORES		F	P-VALOR
	TRABAJADORES (N=36)	NO TRABAJADORES (N=155)		
SATISFACCIÓN PERSONAL	3,2	3,4	5,737	0,018*
ACTITUD PROSOCIAL	3,0	3,2	5,930	0,016*
AUTOCONTROL	2,5	2,7	2,547	0,112
AUTONOMÍA	2,8	2,8	0,169	0,681
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACIÓN	2,8	2,9	0,940	0,333
HABILIDADES DE RELACIONES INTERPERSONALES	2,6	2,9	7,817	0,006**

\* Diferencias significativas a ,05

\*\* Diferencias significativas a ,001.

Tomado de Palacio *et al.* (2007).

Además tienen menos actitudes prosociales que los menores que no trabajan, y manifiestan baja capacidad para afrontar situaciones que generan ansiedad y estrés, o situaciones conflictivas, en las que pueden tener menos control emocional. Por último, a los menores trabajadores se les hace más difícil establecer relaciones con los demás, colocarse en el lugar de los otros y ser más sociables. No hay duda de que pierden la oportunidad de explorar sus intereses y desarrollar relaciones estrechas con los otros debido a que el trabajo les demanda tiempo y esfuerzo suplementario, y los lleva a reducir su participación en ámbitos sociales como el colegio, lo cual los pone en desventaja frente a las habilidades que aprenden sus pares que no trabajan. Un resultado que llama la atención es que en el indicador de autonomía —capacidad para tener criterios propios y garantizar cierta independencia del medio— no se observan diferencias entre los trabajadores y los no trabajadores.

Sin embargo, de los 191 menores de esta investigación (sin importar si trabajaban o no), el 15% (29 sujetos) indicó tener problemas de salud física (dolores en el cuerpo, problemas de respiración y en la visión) y el 3% (6 sujetos) algún problema de salud mental (falta de atención, nerviosismo o estrés). Además, 15 menores afirmaron que en al menos una ocasión habían visitado un psiquiatra o psicólogo por problemas familiares, depresión o baja autoestima (Palacio et al., 2007).

Tal como se presenta en los últimos resultados, los jóvenes trabajadores aparecen con más problemas en los indicadores de su salud mental positiva (Palacio et al., 2007), pero sin mayor diferencia con los jóvenes que no trabajan en lo que tiene que ver con su salud física y psicológica, lo cual no corresponde a los datos citados en otras investigaciones (ejemplo Sampaio, Ruiz & Borsi, 1999). Una manera de tratar de diferenciar el impacto del trabajo en estos sujetos es observando, por un lado, el componente subjetivo o la representación de esta actividad, y por el otro lado, identificando en ambas poblaciones (trabajadores y no trabajadores) su calidad de vida percibida en salud, con el fin de tener una mirada más amplia de la autopercepción de los sujetos sobre varios aspectos de su vida.

Con respecto a su subjetividad, Cueto (2000, citado en Mitjás, 2001) estudió 10 jóvenes trabajadores ambulante con edades entre 10 y 13 años en la ciudad de Brasilia con respecto al sentido que la actividad del trabajo tenía para ellos. Los resultados arrojaron cuatro tipos de organización subjetiva: El primero indica que han asumido el trabajo de una forma natural y aparentemente se sienten felices porque se pueden mantener, apoyan al sustento de la familia y sienten el reconocimiento en la esfera social. El segundo tipo de organización corresponde a los que se han conformado con la necesidad de trabajar pero si pudiesen escoger, le dedicarían más tiempo al estudio y a los juegos, y ven en el estudio la oportunidad de conseguir una vida mejor. En el tercer grupo están los sujetos que ven el trabajo como la manera de satisfacer sus necesidades materiales y de reconocimiento social más que el estudio, del cual



reconocen su importancia pero no les brinda refuerzos inmediatos ni les satisface las necesidades de aceptación social. El cuarto y último grupo está se refiere a los menores que no comprenden bien por qué deben trabajar, lo cual les incomoda y los mantiene insatisfechos, y sienten una gran necesidad de salir de la rutina de trabajo y estudio y demuestran necesidades lúdicas acentuadas y carencia afectiva.

Estas diversas subjetividades en los menores pueden explicar algunos datos inconsistentes en lo que respecta a ciertos indicadores en la salud, pero es necesario tomar como referencia —al menos— un indicio adicional que es, a juicio de los investigadores, la calidad de vida en salud, la cual se describe a continuación.

## **CALIDAD DE VIDA Y SALUD**

En un primer momento, el término “Calidad de Vida” aparece en los debates acerca del medio ambiente y por el deterioro de las condiciones de vida que hasta el momento se habían dado en la década de los cincuenta y comienzos de los sesenta. Surge en ese momento un creciente interés por conocer más sobre el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad; en consecuencia, se incrementa la necesidad de estudiar estos aspectos desde las Ciencias Sociales a partir de datos objetivos, los cuales permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población (Gómez-Vela, M. & Sabe, M., Universidad de Salamanca). Una de las definiciones de Calidad de Vida más aceptadas es la de la OMS (1987): “Percepción del individuo, de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

En 1995, Felce y Perry describieron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida que surgieron en los últimos 30 años. Según ellos, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada con dichas condiciones vitales, así como la combinación de componentes objetivos y subjetivos. En últimas, se-

ría la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y a la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Desde este punto de vista, el concepto de Calidad de Vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada persona (Schwartzmann, 2003).

En este sentido, para Amar y Alcalá (2001), el concepto de Calidad de Vida debe ser una propuesta abierta, inacabada, en continuo movimiento hacia su propia realización. Es decir, la calidad se refiere a unas cualidades que están siempre en construcción. Por consiguiente, no se puede definir como una entidad con naturaleza acabada, absoluta e idéntica así misma; no se puede reducir tampoco a sus medios y productos más visibles. De allí que debe ser fiel a sí misma, al contexto social específico en el que se enmarca, y paralelo a esto, debe tener como referente obligado una perspectiva universal del desarrollo. De acuerdo con lo anterior, el mejoramiento de la calidad de vida dependerá de la capacidad del hombre para apropiarse de sí mismo, de sus acciones, de su sociedad, para así poder trasformarla y enriquecerla.

Por otra parte, respecto al término de Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS o *Health related quality of life*, HRQL), se observa que es un concepto que incluye aspectos relacionados con la función física (capacidad para llevar a cabo las actividades más comunes de la vida diaria, tales como el autocuidado o el desplazamiento), la función social (relaciones con los demás y participación en actividades sociales), la percepción del estado de salud general, el dolor o la satisfacción con la vida (Prieto & Badia, 2001). El KIDSCREEN Group considera que la salud percibida es un constructo multidimensional, que cubre aspectos de bienestar físico, emocional, mental, social y conductas percibidas por los propios pacientes y/o otros individuos (Rajmil et al., 2004; Jaimes et al., 2007 (en evaluación); Rajmil et al., 2004; Serra-Sutton, Herdman, Rajmil et al., 2002).

Por otra parte, cada vez es más generalizado el punto de vista que la CVRS es una medida de resultado de salud, y esto tiene que

ver con lo que se considere como salud, que en este caso se aborda desde la capacidad funcional, y con la satisfacción del estado de salud físico, psicológico y social (Argly, 1993 y Bowlin, 1994). Este punto de vista es útil para esta investigación en la medida que es necesario tratar de distinguir el impacto del trabajo en la calidad de vida en salud de los menores trabajadores, lo cual incluye indagar sobre su salud física y psicológica.

## METODOLOGÍA

### SUJETOS

Se llevó a cabo una investigación descriptiva comparativa en una población de aproximadamente 400 niños y jóvenes. La muestra se conformó con 191 niños y jóvenes de Toluvié (109 de sexo masculino y 82 de sexo femenino), seleccionados intencionalmente del único colegio del pueblo, de los grados 6° a 11° (5% de error máximo y 95% de nivel deseado de confianza) (ver tabla 2). De esta muestra, 36 laboran en las canteras de piedra caliza de manera continua o esporádica, o realizan alguna otra actividad laboral en el pueblo (ayudan en casas de familia, atienden tiendas, trabajan en ganadería y agricultura, entre otros), y tienen edades entre 11 y 17 años; los 155 restantes son estudiantes que manifestaron no realizar ninguna actividad laboral (ver tabla 3).

**Tabla 2**  
Distribución de la muestra por sexo y edad

SEXO	11 A 14 AÑOS		15 A 17 AÑOS		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
MASCULINO	45	57,7	64	56,6	109	57,1
FEMENINO	33	42,3	49	43,4	82	42,9
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

**Tabla 3**  
Distribución de la muestra por trabajo

TIPO DE TRABAJO		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
TRABAJAN	ACUEDUCTO DEL PUEBLO	1	,5	18,8
	CUIDANDO NIÑOS	2	1,0	
	EN LA FINCA	5	2,6	
	HACIENDO LIMPIEZA	3	1,6	
	PICANDO PIEDRA	20	10,5	
	VENDEDOR EN EL COMERCIO	5	2,6	
	SUB TOTAL PARA TRABAJAN	36	100	
NO TRABAJAN		155	81,2	81,2
<b>TOTAL</b>		191	100	100

## INSTRUMENTO

Las revisiones de bibliografía sobre instrumentos de CVRS en población de menores (Rajmil et al., 2001) indican que es un constructo de múltiples dimensiones que está en plena delimitación por parte de los investigadores con el fin de tener en cuenta las particularidades de cada grupo etario (Rajmil et al., 2001). En esta investigación se utilizó el SF-36, el cual es un cuestionario de CVRS diseñado por el *Health Institute, New England Medical Center*, de Boston Massachussets (Ware & Sherbourne, 1992).

Con 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, y detecta tanto estados positivos como negativos de la salud física y el estado emocional, lo cual es muy relevante para la población que se aborda en esta investigación (ver tabla 4).

**Tabla 4**  
Descripción de subescalas del SF-36

ÍTEMS RELACIONADOS CON :	SUBESCALAS	DIMENSIÓN
GRADO EN EL QUE LA FALTA DE SALUD LIMITA LAS ACTIVIDADES FÍSICAS DE LA VIDA DIARIA, COMO EL CUIDADO PERSONAL, CAMINAR, SUBIR ESCALERAS, COGER O TRANSPORTAR CARGAS Y REALIZAR ESFUERZOS MODERADOS E INTENSOS.	FUNCIONAMIENTO FÍSICO	SALUD FÍSICA
GRADO EN EL QUE LA FALTA DE SALUD INTERFIERE EN EL TRABAJO Y OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS, LO CUAL PRODUCE COMO CONSECUENCIA UN RENDIMIENTO MENOR DEL DESEADO, O LIMITA EL TIPO DE ACTIVIDADES QUE SE PUEDE REALIZAR O LA DIFICULTAD DE LAS MISMAS.	ROL FÍSICO	
MEDIDA DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR PADECIDO Y SU EFECTO EN EL TRABAJO HABITUAL Y EN LAS ACTIVIDADES DEL HOGAR.	ENFERMEDAD CORPORAL	
VALORACIÓN PERSONAL DEL ESTADO DE SALUD, QUE INCLUYE LA SITUACIÓN ACTUAL Y LAS PERSPECTIVAS FUTURAS Y LA RESISTENCIA A ENFERMAR.	SALUD GENERAL	
SENTIMIENTO DE ENERGÍA Y VITALIDAD FRENTE AL DE CANSANCIO Y DESÁNIMO.	VITALIDAD	SALUD MENTAL
GRADO EN EL QUE LOS PROBLEMAS FÍSICOS O EMOCIONALES DERIVADOS DE LA FALTA DE SALUD INTERFIEREN EN LA VIDA SOCIAL HABITUAL.	FUNCIONAMIENTO SOCIAL	
GRADO EN EL QUE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES AFECTAN EL TRABAJO Y OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS, CONSIDERANDO LA REDUCCIÓN DEL TIEMPO DEDICADO, DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO Y DEL ESMERO EN EL TRABAJO.	ROL EMOCIONAL	
VALORACIÓN DE LA SALUD MENTAL GENERAL CONSIDERANDO LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD, AUTOCONTROL Y BIENESTAR GENERAL.	SALUD MENTAL	

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

## PROCEDIMIENTO

Luego de la escogencia del tema se empezó con una revisión bibliográfica para tener en cuenta investigaciones anteriores relacionadas con este tópico. En la medida que se establecieron las variables de estudio y la revisión del marco teórico, se determinó el instrumento con el cual se mediría la variable de Calidad de Vida. Luego se realizó la aplicación de una prueba piloto a 15 jóvenes trabajadores con el objetivo de verificar las características de tiempo y comprensión de las preguntas y respuestas. Posteriormente se realizó la aplicación del instrumento en ambas jornadas con salones de 30 a 35 estudiantes. Luego se tabularon los datos con el SPSS y se realizaron los análisis estadísticos para responder los objetivos.

## RESULTADOS

Por lo menos desde los años cincuenta se considera que el niño sano está lleno de energía, es deseoso de actuar y muestra un estado de alerta que rara vez se ve en el niño que carece de un buen estado de salud (Breckenridge, 1960). El período de los 6 u 8 años de edad hasta el comienzo de la pubertad es una edad de mucha vitalidad, siendo la fuerza física y la resistencia adecuadas para permitir al niño o al adolescente emprender un juego activo durante horas seguidas sin notar fatiga.

Sin embargo, al observar los resultados obtenidos en cada una de las subescalas de Calidad de Vida (véase la tabla 5) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de las puntuaciones de los menores trabajadores y no trabajadores de estas dos poblaciones. Los resultados no son lo esperado, en la medida que las diferencias entre los grupos deberían ser marcadas. Esto puede deberse a las condiciones de vida que los rodean; es decir, el municipio de Toluviejo no responde a las necesidades de calidad de vida en salud de estos menores, sin importar si trabajan o no. Si se considera que la Calidad de Vida es definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona,

la satisfacción experimentada con dichas condiciones vitales, así como la combinación de componentes objetivos y subjetivos (Felce & Perry, 1995), se puede decir que estos menores viven en un contexto en el cual es escaso el espacio para la recreación, presentan problemas de desnutrición, maltrato físico, psicológico y emocional, etc. Es decir que fuera del hecho de trabajar, la Calidad de Vida de estos menores es deficiente, en la medida en que no son satisfechas de manera adecuada ni por su familia ni por el municipio sus necesidades para tener un desarrollo digno (asegurar por lo menos su alimentación, techo, salud, educación y vestido).

**Tabla 5**  
Promedios de puntuaciones en cada subescala de acuerdo con su condición de trabajo

	¿TRABAJAS ACTUALMENTE?	N	MEDIA*	COEFICIENTE DE VARIACIÓN	T	SIG. (BILATERAL)
FUNCIÓN FÍSICA	SÍ	36	71,94	37,8	-4,40	,661
	NO	141	74,08	34,6		
ROL FÍSICO	SÍ	36	68,75	43,8	-6,77	,499
	NO	149	72,15	36,4		
DOLOR CORPORAL	SÍ	36	74,92	29,5	-1,027	,306
	NO	152	78,21	20,5		
SALUD GENERAL	SÍ	31	65,94	21,6	-1,589	,114
	NO	149	70,83	22,4		
VITALIDAD	SÍ	34	68,97	27,5	-1,294	,197
	NO	145	73,07	22,0		
FUNCIÓN SOCIAL	SÍ	34	58,09	33,9	,678	,499
	NO	142	55,90	29,0		
ROL EMOCIONAL	SÍ	36	63,89	54,9	-5,71	,568
	NO	151	67,55	50,9		
SALUD MENTAL	SÍ	36	70,22	28,7	-2,96	,768
	NO	147	71,18	23,6		

\* La puntuación va de 0-100, e indica una puntuación más alta una mejor percepción.

No obstante, en 7 de 8 subescalas los menores que trabajan tienen los promedios muestrales más bajos (excepto en la Función Social) y presentan coeficientes de variación más altos en sus respues-

tas, lo cual sugiere que tienen más limitaciones en su salud física y mental percibida y responden de manera más dispersa que los menores que no trabajan (ver tabla 5). Esto da bases para confirmar que el trabajo físico en general –y más que todo en las canteras– agrega dificultades a la salud percibida de los niños y jóvenes que ya viven en condiciones difíciles.

Los menores trabajadores que hicieron parte de esta investigación presentan más problemas de salud física (deterioro físico) que los no trabajadores, sobre todo en la percepción de dolor corporal y en la realización de actividades intensas como levantar objetos pesados, entre otros, los cuales son movimientos que requieren de fuerza física. Esto sugiere que los niños que trabajan presentan un mayor deterioro físico con respecto a aquellos que no lo hacen, ya que su misma condición de vida favorece que su organismo desarrolle un agotamiento físico que al pasar el tiempo disminuye el desempeño en sus actividades diarias, y podría darse el caso que impida el logro de las mismas.

Con respecto a la importancia del buen estado de salud, Cruickshank (1979) señala que ésta es esencial para el crecimiento normal, que de lo contrario se encuentra en desventaja, tanto en su desarrollo mental como en el físico. Además, la mala salud física siempre altera la homeostasis; esto se refleja en la calidad de la conducta del individuo y en sus actitudes, ya que enfermedades graves prolongadas como dolores corporales influyen en el estado de la persona, en este caso niños y jóvenes, es decir, los afecta en todas las áreas de su vida (Hurlock, 1979).

El Rol Físico hace referencia al grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo un rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades. Se encontró que el promedio muestral de los menores que no trabajan es mayor con respecto a los jóvenes que trabajan (72,1 contra 68,7), con lo cual estos últimos consideran que han disminuido el tiempo que dedican a su trabajo y a otras actividades por dificultades relacionadas con su cuerpo.



Debido a esto, si pensamos que la naturaleza del hombre es esencialmente social, no podemos atribuir a lo biológico o a lo natural exclusivamente la causa de las enfermedades. Son muchos los factores que actuando en el ambiente determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos e incida, con mayor o menor peso, en determinados grupos poblacionales. Los seres humanos vivimos en circunstancias sociales concretas, lo cual adquiere sentido en relación con el nivel de salud o el desarrollo de una o más enfermedades específicas, sólo entendidas en ese contexto. Este punto de vista ha dado paso a una concepción mucho más amplia en relación con la causalidad de la salud y la enfermedad que se orienta hacia una perspectiva ecológica (Morales, 1999). El criterio ecológico se refiere a que la vida implica una interrelación permanente con su ambiente, por medio de la cual el individuo no satisface sus necesidades básicas y fundamentales, sino que está sometido a un conjunto de situaciones que pueden serle potencialmente perjudiciales; en este caso, los niños y jóvenes están siendo sometidos a un ambiente de trabajo nocivo y que a la vez los pone en una situación de desventaja con personas de su edad.

En relación con la dimensión que evalúa la enfermedad corporal, y considerando que ésta hace referencia a la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar, se encontró que el promedio muestral de los niños y jóvenes trabajadores de este estudio es inferior con respecto al promedio de los que no trabajan (74,9 contra 78,2). Esto pone de manifiesto lo expuesto por los niños y jóvenes trabajadores que participaron de esta investigación, los cuales expresaron tener dificultades en la realización de su trabajo u otra actividad ocasionadas por los dolores físicos que se les presentan con frecuencia; esto sugiere que su estado de salud física no está en buenas condiciones, por lo que constantemente padecen de dolores en diferentes partes del cuerpo. Dado que la mayoría de estos niños laboran en las minas, se puede inferir que el deterioro físico que están presentando se debe en gran parte al trabajo que cada uno ha realizado y realiza en estos lugares, y con el paso del tiempo se va desarrollando un agotamiento corporal

que se manifiesta en dolores físicos, hasta tal punto de interferir con las actividades que un menor puede desempeñar. Aquí se observa de manera congruente los efectos negativos de la actividad laboral en la salud de los niños y jóvenes, lo cual indica que éstos no sólo se presentan en la edad adulta. Según Melguizo (2004), los efectos negativos de esta actividad se presentan principalmente en la etapa adulta, y se reflejan en individuos con dificultades afectivas y sociales, y con problemas físicos no menos importantes. Lo cual confirma las dificultades que tienen los niños y jóvenes que se encuentra bajo estas condiciones.

Al evaluar la Salud General, la cual se refiere a la valoración que los niños y jóvenes tienen sobre su salud en el futuro y la resistencia a enfermar en relación con su estado actual, se encontró que los menores que no trabajan presentan un promedio muestral más alto y consideran que su salud ha mejorado con respecto a los jóvenes que trabajan (70,8 contra 65,9). Aquí se observa la disminución –al menos en la percepción subjetiva– con respecto a la evolución del estado de salud en el tiempo. Esto puede reforzar el hecho de que los niños y jóvenes que trabajan tienen un déficit de crecimiento en comparación con los que van a la escuela, es decir, crecen menos y con una contextura delgada, y siguen teniendo un cuerpo más pequeño cuando ya son adultos, porque acarrear más peso y deben mantener posturas forzadas por mucho tiempo, lo cual puede atrofiar su crecimiento y desarrollo óseo. A partir de los puntos anteriores se puede inferir que estos niños y jóvenes de Toluviéjo que realizan alguna actividad laboral perciben que su salud no es buena debido a las condiciones de vida que tienen en su pueblo. Esto debe cuestionar la calidad de vida general de la zona rural de este sector de Sucre con respecto a otras zonas urbanas donde probablemente se da una mayor satisfacción de las necesidades básicas de sus habitantes.

Al indagar sobre la Vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento) se encontró que al preguntar por el tiempo que en las últimas cuatro semanas se han sentido llenos de energía, los menores que trabajan presentan

un promedio muestral de 68,9 contra 73,0 de los menores que no lo hacen. Respecto a esto, se puede inferir que estos niños y jóvenes de esta muestra debido a sus mismas condiciones de vida –la poca alimentación, exposición a largas jornadas de trabajo y además esfuerzos– no se sienten con energía y/o vitalidad para realizar y cumplir con sus actividades cotidianas ya sea dentro o fuera de su hogar, y menos aun en el colegio. El resultado de las condiciones de vida, y en particular laborales, puede ser uno de los factores que contribuyen negativamente a desarrollar un deterioro físico precoz en el organismo, disminuyendo así la vitalidad que estos niños y jóvenes puedan tener para responder satisfactoriamente con su rutina diaria. Sin embargo, es necesario agregar a esta “pesadez física” el desgaste emocional –entre otras cosas– por no tener espacios para su recreación ni para su esparcimiento en el poco tiempo libre que les queda.

En este mismo sentido, al indagar sobre su función social, es decir, las relaciones sociales referidas al grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, se encontró que de manera contraria a los resultados anteriores, es la única subescala en la cual los menores trabajadores tienen un promedio muestral de 58,0 contra 55,9 de los menores que no trabajan. Es decir que los menores que no trabajan perciben –más que sus pares– que su salud física y los problemas emocionales afectan mucho más notablemente las relaciones intrafamiliares e interpersonales y obstaculiza n su desarrollo, por lo cual consideran que se han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas.

Con respecto al rol emocional, entendiéndolo como el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, se encontró que los menores que trabajan tienen un promedio muestral de 63,8, contra 67,5 de los que no trabajan. Los primeros consideran que se ha disminuido el tiempo que dedican a su trabajo u otras actividades por sentirse deprimidos o ansiosos. Se observa que los menores que trabajan sienten, perciben o se ven expuestos con mayor frecuencia a problemas emocionales que dificultan su vida diaria.

A partir de esta subescala se puede decir que los menores trabajadores de esta investigación presentan diferentes tipos de problemas emocionales en mayor medida que los no trabajadores. Frecuentemente están expuestos a actividades laborales peligrosas, en lugar de estar realizando actividades propias de su edad, como estudiar y recrearse. El no cumplimiento de estos tiempos y actividades propicia un deterioro en su autoestima, además de que en ciertas ocasiones tienden a ser personas con comportamientos agresivos o de aislamiento por desarrollarse en un ambiente con carencia de lazos afectivos. Esto facilita que estos menores se sientan en muchas ocasiones deprimidos o ansiosos.

En cuanto a la subescala de salud mental, entendiéndola como la salud mental en general, incluyendo control de la conducta y bienestar general, se observó que tanto los menores que trabajan como los que no lo hacen, durante las últimas 4 semanas han estado muy nerviosos, lo que quiere decir que hay situaciones de su vida que les son desagradables y que van desencadenando un desequilibrio emocional. Este estado de nerviosismo podría deberse a situaciones poco agradables a las que se ven expuestos estos niños; un ejemplo de ello en los menores que trabajan puede ser la falta de acuerdo con sus padres por tener que ir a trabajar en lugar de ir a la escuela. Esta es una de las razones por lo que se sienten tristes, ya que hacen manifiesto su deseo de ayudar a su familia pero los padres los presionan para seguir trabajando. Sobre todo porque los menores se dan cuenta de que en las minas suceden accidentes, y conocen a las personas que han muerto o han quedado mutiladas a causa de la utilización de la pólvora, lo cual les genera miedo y tristeza.

Esta problemática que viven los niños y jóvenes es realmente preocupante, puesto que atenta contra su integridad y no los deja desarrollarse de manera adecuada. No les permite tener una infancia en la cual puedan desarrollar al máximo sus potencialidades tanto físicas, psicológicas, sociales y personales.

## COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES CON ALGUNAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Algunas subescalas, de manera independiente a la variable trabajo, arrojaron resultados interesantes al cruzarlas con varios datos socio-demográficos (ver tabla 6). Las más significativas tienen que ver con el sexo, en el cual los menores de sexo femenino presentan promedios más bajos en su función social; es decir que las niñas y adolescentes de este sexo consideran más que sus pares de sexo opuesto que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en su vida social habitual.

Por otro lado, en cuanto a la variable “edad” se observó que los menores de 11 a 14 años presentan la función física más baja (grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos), pero con una alta vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad frente al de cansancio y desánimo).

Además se encontró que el rendimiento académico para esta muestra tiene una relación directamente proporcional y positiva con la salud general y mental. Es decir que a mejores notas, mejor consideran los menores su salud general y mental.

Por último, el grado de escolaridad presenta una correlación similar con las subescalas de función física y rol físico, en las cuales a medida que disminuye el grado escolar también disminuyen las puntuaciones en estas dos subescalas. Esto indica que entre niños y jóvenes, son los niños los que están más afectados en su salud física por la situación de vida en el pueblo, lo cual se relaciona más con las difíciles condiciones de vida material (tangible) para esta población.

**Tabla 6**  
Promedios de subescalas en Calidad de Vida con principales  
variables sociodemográficas

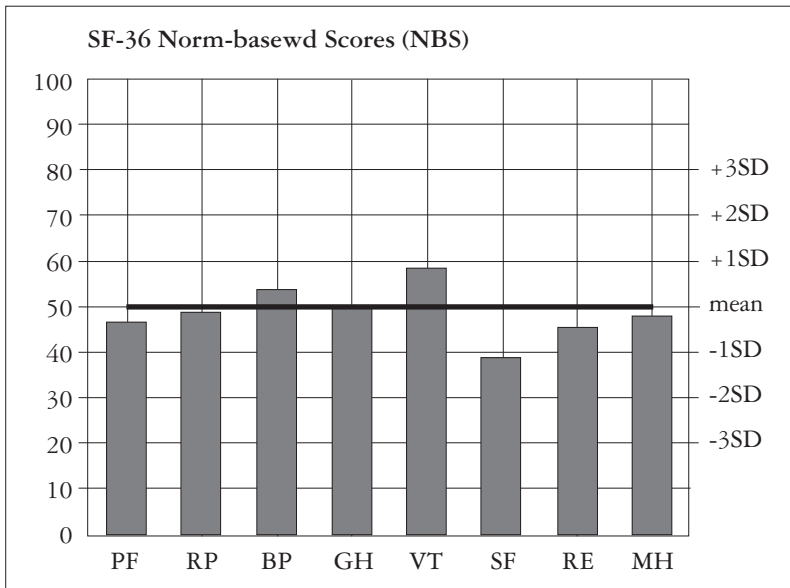
SUBESCALAS	VARIABLES SOCIDEMOGRÁFICAS	MEDIA*	DESVIACIÓN TÍPICA	F	SIG. (BILATERAL)**
	SEXO				
FUNCIÓN SOCIAL	MASCULINO	58,95	17,268	2,20	,029
	FEMENINO	53,25	16,893		
<b>EDAD</b>					
FUNCIÓN FÍSICA	11 A 14 AÑOS	67,80	24,443	-2,422	,016
	15 A 17 AÑOS	77,19	26,475		
VITALIDAD	11 A 14 AÑOS	75,69	16,017	2,186	,030
	15 A 17 AÑOS	70,23	16,801		
<b>RENDIMIENTO ACADÉMICO</b>					
SALUD GENERAL	MUY BUENO	73,31	12,209	2,930	,056
	REGULAR	71,10	16,817		
	DEFICIENTE	65,21	14,956		
SALUD MENTAL	MUY BUENO	77,63	13,739	4,083	,018
	REGULAR	70,41	19,148		
	DEFICIENTE	66,00	14,895		
<b>GRADO DE ESCOLARIDAD</b>					
FUNCIÓN FÍSICA	6	65,23	24,176	7,131	,000
	7	67,18	24,871		
	10	80,43	25,876		
	11	90,56	14,439		
ROL FÍSICO	6	60,87	24,802	4,734	,003
	7	70,00	24,968		
	10	72,13	29,965		
	11	90,00	17,014		

\* La puntuación va de 0-100. \*\* Todos los resultados son significativos entre ,05 y ,0001

#### COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES CON VALORES NORMALIZADOS EN GRANDES POBLACIONES

Al comparar los resultados de los menores trabajadores y no trabajadores de Toluviéjo con respecto a la variable “Calidad de Vida Percibida en Salud”, no se encontraron diferencias significativas entre

los dos grupos, tal como se describió en la tabla 5; sin embargo, al comparar sus puntuaciones con las puntuaciones normalizadas de grandes grupos poblacionales (en este caso con los datos de la población norteamericana en 1998), se observa una gran diferencia en las subescalas de Salud Mental, sobre todo en la Función Social, el Rol Emocional, y en menor medida en Salud Mental, Función Física y Rol Físico. Por otro lado, la variable “vitalidad” presentó –contrario a lo esperado– una alta puntuación (ver figura 1). Esto confirma que el impacto en la calidad de vida de los menores, independientemente de que trabajen o no, se opera en su salud mental, en particular en sus componentes de Funcionamiento Social y Rol Emocional, con lo cual los menores perciben que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren significativamente en su vida social habitual.



Perfil construido con el calculador *on line* para 1998 *sf-36* normas de US (<http://www.sf-36.org/nbscalc/index.shtml>). PF (Función física); RP (Rol físico); BP (Dolor corporal); GH (Salud general); VT (Vitalidad); SF (Función social); RE (Rol emocional); MH (Salud mental).

**Figura 1.** Comparación de Puntuaciones Normalizadas con patrones poblacionales para todos los menores del estudio

## CONCLUSIONES

Se encontraron evidencias para siete de las ocho subescalas que evalúan la Calidad de Vida en Salud, en las cuales los menores trabajadores presentaron promedios más bajos que los que no trabajan, pero no se observaron resultados estadísticamente significativos para la población. A pesar de esto, los resultados tienden a mostrar que la Calidad de Vida relacionada con la salud es más baja en los menores trabajadores de esta muestra con respecto a los que no trabajan, tal como lo afirman diversos autores (Sampaio, Ruiz & Borsi, 1999; Mitjás, 2001), tanto en el componente de salud física general como de salud mental.

Lo anterior significa que los niños y jóvenes trabajadores de Toluviejo que participaron en esta investigación presentan más problemas de salud física (para realizar actividades intensas como levantar objetos pesados, movilizarse, sentir el cuerpo adolorido) que los menores que no realizan una actividad laboral. No hay duda de que los menores trabajadores presentan un mayor deterioro físico, lo cual se puede explicar debido a que su misma condición de vida favorece un agotamiento físico acelerado que rápidamente disminuye su desempeño en las actividades diarias. Además, la carencia de tiempo, y sobre todo la inexistencia de zonas de esparcimiento para el uso creativo del tiempo libre, favorece un desgaste emocional —entre otras cosas— que incrementa el sentimiento de desesperanza y fatiga, que a su vez les hace más difícil lograr culminar de la mejor manera diferentes procesos de formación académica.

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




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

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

Esta baja formación no les permite apreciar con claridad que el trabajo infantil –sea voluntario o no– en lugar de ayudarlos los está llevando –a ellos y a sus hijos o familiares– a una mayor exclusión social, lo cual dificulta más su acceso a condiciones de vida dignas y hace más fuerte el lazo que los amarra a las condiciones estructurales de pobreza. Además de la pobreza hay dos obstáculos fundamentales que se deben vencer: Por un lado, que los padres, empleadores y los demás miembros de la comunidad comprendan que el trabajo infantil, en cualquiera de sus formas, es perjudicial no sólo para los niños y niñas sino para la sociedad entera; por otro

lado, que dejemos la actitud pasiva o permisiva frente al trabajo de los niños que a diario nos encontramos en nuestras vidas.

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

## REFERENCIAS

- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. & de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin*, 111, 410-416.
- Amar, J.J. & Alcalá, M. (2001). *Políticas Sociales y Modelos de Atención Integral a la Infancia*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Argly, M. (1994). *Psicología del comportamiento interpersonal* (4ª ed.). Madrid: Alianza Universidad.
- Bowlin, A. (1994). Conceptualización de la función física, la salud y la calidad de vida. En A. Bowlin (Ed.). *La medición de la salud. Análisis de las escalas de medida de la calidad de vida* (pp.1-13). Barcelona: Masson.
- Breckenridge, M. E. & Vincent, E. L. (1960). *Child Development* (4ª ed.). Filadelfia: Saunders.
- Cruickshank W. (1979). El niño con Daño Cerebral: en la Escuela, en el Hogar y en la Comunidad. México: Trillas.
- DANE (2001). Encuesta sobre Caracterización de la población entre 5 y 17 años en Colombia, noviembre de 2001.
- DANE (2001). Encuesta Nacional de Trabajo Infantil. Bogotá.
- Felce & Perry (1995). Quality of life: its definition and measurement Research. *In Developmental Disabilities*, 16 (1): 51-74.

- Gómez-Vela, M. & Sabeh, M. *Calidad de Vida*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. [versión electrónica]. Universidad de Salamanca. Tomado en enero de 2007 de: [www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm](http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm)
- Hurlock, E. B. (1979). *Desarrollo Psicológico del Niño*. McGraw-Hill.
- IPEC (2007). *La acción del IPEC contra el trabajo infantil: Hechos sobresalientes 2006*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Lluch, M (1999). Construcción de una Escala para evaluar la Salud Mental Positiva. Tesis de doctorado en Evaluación en Ciencias del Comportamiento: Metodología y Aplicaciones, Universidad de Barcelona.
- ITEMS DEL SF-36: Tomado en agosto 2006 de: <http://www.SF-36.org/tools/sf36.shtml#MODEL>
- Jaimes, ML., Richard, M., Cabrero, J., Palacio, J. & Flórez, L. (2007). Adaptación del cuestionario Vecú et Sante Percue de l'Adolescent (VSP-A) en jóvenes del Atlántico en Colombia (en evaluación).
- Mitjás, A (2001). Trabajo Infantil y Subjetividad. *Estudios de Psicología*, 6 (2), 235-244.
- Melguizo, M. C. (2004). «Sin pala y con alas». Sistematización del proyecto de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil en la Minería Artesanal colombiana. Bogotá: OIT/IPEC Sudamérica/ Proyecto de Prevención y Eliminación del Trabajo Infantil en la Minería Artesanal.
- Morales, F. (1999). *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Editorial Científico - Técnica.
- OIT (2003). III Plan Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Trabajo Juvenil 2003-2006. Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador – Secretaría Técnica. Bogotá: OIT/IPEC.
- Observatorio sobre la Infancia de la Universidad Nacional (2005). Bajado en marzo del 2005 de <http://www.observatorioinfancia.unal.edu.co/Extension.htm>
- OMS (1987). *El trabajo de los niños: riesgos especiales para la salud*. Ginebra: Informe de un estudio de la OMS.
- Palacio, J., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A., Velásquez, B. & Llinás, H. (2007). Calidad de vida y Salud Mental Positiva en los menores trabajadores de Toluviejo (en evaluación).
- Papalia, Wendkos & Duskin (2004). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: MacGraw-Hill.
- Prieto, L. & Badia, X. (2001). Cuestionarios de salud: concepto y metodología. *Atención Primaria*, 28 (3), 201-209.

- Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M., Fernández, M., Guillamón, I., Riley, A. & Alonso, J. (2004). Adaptación de la versión española del perfil de salud infantil (*Child Health and Illness Profile-Child Edition*, CHIP-CE). *An Pediatr* (Barc), 60, 522-529.
- Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Fernández-Lopez, Berra, S., Aymerich, M., Cieza, A., Ferrer M, Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (2004). Versión española del cuestionario alemán de calidad de vida con la salud en población infantil y de adolescentes: El Kindl. *An Pediatr* (Barc), 60, 514-521.
- Serra-Sutton, V., Herdman, M., Rajmil, L. et al. (2002). Adaptación al español del cuestionario Vecú et Sante Percue de l'Adolescent (VSPA): Una medida genérica de calidad de vida para adolescentes. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 701-712.
- Sampaio, J, Ruiz, E & Borsi, I. (1999). Trabalho precoce e psiquismo infantil. In Sampaio, E, Ruiz, E & Boris, I. (Orgs.). *Trabalho, saúde e subjetividade* (pp. 25-31). Fortaleza: INESP/EDUECE.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. México: International Thomson.
- Schwartzmann, L. (2003, diciembre). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm.*, 9 (2), 09-21.
- Ware, JE Jr. & Sherbourne, CD. (1992, july). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection, 30 (6), 473-83.