



# UADY

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN EN HÁBITOS DE VIDA  
SALUDABLE EN UNA EMPRESA  
PRODUCTORA DE MATERIALES DE  
CONSTRUCCIÓN: OPERATIVOS**

**TESIS**

PRESENTADA POR

**PAULINA ISABEL PARDENILLA LOEZA**

EN SU EXAMEN DE GRADO

EN OPCIÓN AL GRADO DE

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE DESARROLLO  
ORGANIZACIONAL**

DIRECTORA DE TESIS

**MARÍA JOSÉ DE LILLE QUINTAL**

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2018

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 607235 durante el periodo 2016 al 2018 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

## Índice

### Resumen 10

### Capítulo 1. Introducción 12

- 1.1. Planteamiento del problema 13
  - 1.1.1. Justificación 15
- 1.2. Marco teórico 18
  - 1.2.1. Percepción de la salud 18
  - 1.2.2. Psicología de la salud ocupacional 21
  - 1.2.3. Promoción de la salud en el trabajo 25
  - 1.2.4. Hábitos de vida saludable 30
    - 1.2.4.1. Deportes y actividades al aire libre 31
    - 1.2.4.2. Conducta saludable 33
    - 1.2.4.3. Salud y trabajo 35
    - 1.2.4.4. Alcohol 37
    - 1.2.4.5. Drogas 38
    - 1.2.4.6. Consumo de alimentos 41
    - 1.2.4.7. Descanso y sueño 44
  - 1.2.5. Desarrollo organizacional (do) 46
    - 1.2.5.1. Antecedentes 46
    - 1.2.5.2. Concepto de desarrollo organizacional (DO) 47
    - 1.2.5.3. Do para el cambio 48
    - 1.2.5.4. Tipos de intervención en desarrollo organizacional 50

**Capítulo 2. Evaluación diagnóstica del problema o necesidad sentida 54**

- 2.1. Descripción del escenario y participante 54
  - 2.1.2. Descripción de escenario 54
  - 2.1.3. Descripción de participantes 55
- 2.2. Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizados 55
  - 2.2.1. Instrumento 55
  - 2.2.2. Técnicas 57
  - 2.2.3. Consideraciones éticas y legales 57
- 2.3. Procedimiento 58
- 2.4. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica 58

**Capítulo 3. Programa de intervención 70**

- 3.1. Objetivos 70
  - 3.1.1. Objetivo general 70
  - 3.2.2. Objetivos específicos 71
- 3.3. Propuestas de acción 71
  - 3.3.1. Técnica de tormenta de ideas 71
- 3.4. Taller de sensibilización 75
- 3.5. Cursos impartidos por organizaciones externas 77

**Capítulo 4. Resultados de la intervención 79**

- 4.1. Evaluación (efectos y/o proceso) 81

**Capítulo 5. Discusión y conclusiones 85**

- 5.1. Discusión 85
- 5.2. Conclusiones 88

5.3. Limitaciones y sugerencias del estudio 89

**Referencias 91**

**Apéndices 104**

Apéndice a. Ejercicio de auto-reflexión y conciencia 104

Apéndice b. Encuesta de satisfacción 105

Apéndice c. Evaluación del proyecto en hábitos de vida saludable 106

## Índice de tablas

Tabla 1	32
Prevalencia de actividad física en adultos de 20-69 años.	32
Tabla 2	36
Situación laboral del informante	36
Tabla 3	42
Porcentaje de adultos de 20 años o más consumidores de los grupos de alimentos a nivel nacional	42
Tabla 4	51
Clasificación de intervenciones en DO	51
Tabla 5	72
Propuestas de acción resultantes de la tormenta de ideas	72
Tabla 6	74
Propuesta de intervención	74
Tabla 7	76
Carta descriptiva del taller de sensibilización	76
Tabla 8	77
Cursos impartidos por organizaciones externas	77

## Índice de figuras

- Figura 1. Concepto de percepción 20
- Figura 2. Acciones para corregir la resistencia al cambio 49
- Figura 3. Modelo para el cambio planeado 53
- Figura 4. Deportes y actividades al aire libre 59
- Figura 5. Conducta saludable. Asistencia a profesionales de la salud 59
- Figura 6. Conducta saludable. Exámenes médicos que se realizan 60
- Figura 7. Conducta saludable. Uso de medicamentos y cuidado del cuerpo 61
- Figura 8. Salud y trabajo 61
- Figura 9. Salud y trabajo. Problemas de salud sufridos por el trabajo que realiza 62
- Figura 10. Salud y trabajo. Consultas médicas a causa del trabajo 63
- Figura 11. Consumo de bebidas alcohólicas 63
- Figura 12. Situaciones originadas por el consumo de alcohol 64
- Figura 13. Consumo de algún tipo de droga 65
- Figura 14. Frecuencia de consumo de alimentos 66
- Figura 15. Consumo de alimentos 67

**Dedicatoria**

Primero a Dios;

A mi Familia por apoyarme siempre y;

A las personas que me ayudaron a alcanzar este logro.

## Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un diagnóstico de hábitos de vida saludable con el fin de identificar las percepciones que tienen los trabajadores acerca de estos y así conocer si existe una relación entre estas y el uso de los recursos que la organización y los propios trabajadores poseen. Para este diagnóstico se diseñó un instrumento de Hábitos de Vida Saludable a petición de la organización, el cual consta de siete dimensiones y un apartado para datos sociodemográficos. Dicho instrumento se aplicó a la totalidad de la población del área operativa, es decir, 90 trabajadores cuyo rango de edad se encuentra entre 20 y 75 años.

Los datos fueron procesados en el programa SPSS y una vez obtenidos los resultados se realizó un análisis descriptivo de los resultados a través de la medida de tendencia central media, y se presentaron los resultados del diagnóstico primeramente a todos los trabajadores sujetos del estudio y posteriormente los directivos y mandos medios de la empresa para su retroalimentación. Los resultados indican que en general, los trabajadores algunas veces caminan, acuden al médico, más de la mitad consume alcohol y no mantiene el peso acorde a su talla. Reportan que no consumen drogas y que el trabajo casi nunca les impacta de manera positiva.

Es posible inferir que existe una relación entre sus percepciones y el uso que hacen de los recursos que la organización les brinda para el cuidado su salud, lo cual es importante, ya que es la pauta para la concientización y mejora de la salud. Posteriormente, se realizó la técnica de tormenta de ideas para la recolección de propuestas de acción por parte de los

trabajadores para mejorar sus hábitos de vida saludable; a través de estas propuestas se diseñó el plan de intervención en la organización.

Este plan fue presentado a la dirección para su análisis y aprobación y consistió en un taller de sensibilización, así como pláticas y cursos relacionados con la salud física y mental en el trabajo y la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Esta intervención fue evaluada mediante una encuesta de satisfacción del taller de sensibilización, así como una evaluación del proyecto de intervención en hábitos de vida saludable.

## Capítulo 1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual se fundó sobre la base del principio de que todas las personas deberían poder hacer efectivo su derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; la cita procede de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada el 22 de julio de 1946 y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948 (OMS, 2018).

Sin embargo, las personas realizan actividades que pueden hacerles perder ese estado de bienestar, y el trabajo específicamente, conlleva ciertos riesgos para la salud y seguridad (Vaquero y Ceña, 2000). Así, sea cual sea el trabajo que una persona desempeñe esta se puede ver afectada al punto de caer en algún accidente, enfermedad física o psicológica derivada del mismo. Ya que el trabajo siempre produce cambios en el medio ambiente, es lógico pensar que estos cambios afectarán la salud de la persona que trabaja, modificando su equilibrio físico, mental y social (Henaó, 2010).

De igual manera, existen de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) factores en nuestro entorno que pueden constituir obstáculos para la salud, como entornos peligrosos, necesidades básicas y falta de amenidades, el trabajo estresante, no gratificante y despersonalizado, aislamiento y alienación y la pobreza (1996).

Y, por otro lado, las personas a través de sus hábitos y conductas pueden poner en riesgo su salud, de hecho, se puede ver una relación muy estrecha entre la conducta de la persona, la colectividad dónde vive y su salud (Desarrollo Humano Integral, 2008).

Por lo tanto, ha ido surgiendo esta necesidad de englobar estas áreas de la vida de una persona para trabajarlas juntas y permitir el mayor estado de bienestar físico, mental y social posible. Esta necesidad ha sido respondida con el surgimiento de la promoción de la salud, la cual se ha convertido en un ejercicio polifacético que comprende educación, formación, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario y se consigue a través del autocuidado, ayuda mutua y entornos que favorecen la salud (OPS, 1996).

Además, en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud se declaró que “es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, las personas se preparen para las diferentes etapas de la misma y afronten las enfermedades y lesiones crónicas. Esto ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas” (2001, p. 3)

### *1.1. Planteamiento del problema*

En las últimas décadas se ha visto un giro en la conceptualización de la salud considerándose como algo que hay que desarrollar y no como sólo algo que hay que conservar (Desarrollo Humano Integral, 2008).

Precisamente, la promoción de la salud, específicamente en México, incluyen programas de acción específicos enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales (Secretaría de Salud, 2017).

Las intervenciones en promoción de la salud pueden ir dirigidas a mejorar la competencia de las personas en materia de salud (estilos de vida), así como a modificar positivamente los entornos y la sociedad en la que viven (entornos saludables) (Basurto y Vergara, 2011). La falta de conocimiento acerca de los hábitos de vida saludable y de qué forma pueden ser mejorados, evita que las personas puedan prevenir las enfermedades que afectan su calidad de vida.

De hecho, de acuerdo al Plan 2012-2018 “Estrategia estatal para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes”, en la actualidad existe un contexto no favorable para la formación de hábitos saludables. El poder satisfacer las necesidades que imperan en el actual estilo de vida se ha convertido en piedra angular del problema: el fácil acceso a entretenimiento digital, la poca oferta dirigida en cuanto a actividad física y ejercicio, la falta de espacios adecuados, la multiplicación exagerada de la comida “chatarra” y su amplia disponibilidad, son unos cuantos ejemplos de lo que la sociedad está enfrentando y que necesita combatir (Servicios de Salud de Yucatán, 2012).

En el Estado de Yucatán se observa un panorama epidemiológico similar a lo que ocurre a nivel nacional, con el incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas (Servicios de Salud de Yucatán, 2012).

Por otro lado, y debido a que actualmente las personas económicamente activas pasan aproximadamente una tercera parte de su tiempo en el lugar de trabajo (OMS, 2017), es importante que este conocimiento se pueda propiciar dentro de las organizaciones para también evitar posibles accidentes y enfermedades de trabajo. De acuerdo al informe “Yucatán en el contexto laboral nacional” en el año 2016, se registró ante el IMSS un total de 212 enfermedades derivadas del trabajo y 6,091 accidentes de trabajo, de los cuales el 72% corresponde al sexo masculino (Subsecretaría de empleo y productividad laboral, en Yucatán, 2012).

### *1.1.1. Justificación*

Según la OMS las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial, ya que provocan más defunciones que todas las demás causas juntas, y afectan más a las poblaciones de ingresos bajos y medios (2011).

En México, se manifiesta claramente un mayor deterioro de la salud, con un marcado predominio de las enfermedades crónico degenerativas. La diabetes ocupó el primer lugar en el 2008 y representa el 13% de toda la mortalidad; y la enfermedad hipertensiva el 3% (Secretaría de Salud, 2008). De igual manera, el aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011).

Para combatir las ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles), la OMS ha establecido un plan de acción orientado al diseño de intervenciones eficaces que aborden

factores de riesgo comunes, como son la dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el uso nocivo de alcohol (González, Carvajal, Cerón y López, 2016).

El sobrepeso y la obesidad pueden ocasionar diabetes, un padecimiento que causó 105 mil defunciones en 2016, por ello se hizo un llamado a seguir impulsando acciones de activación física y de hábitos alimenticios adecuados entre los colaboradores de las empresas, así como valorar la importancia de la salud como un elemento de inclusión y un igualador social (Secretaría de salud, 2018). De hecho, el presidente de Movimiento por una Vida Saludable (MOVISA), Andrés Garza Herrera, señaló que la obesidad y el sobrepeso afectan a la economía nacional con un impacto de alrededor de 90 mil millones de pesos, sin contar las pérdidas de vida de personas en edad productiva (Secretaría de salud, 2018).

Aunado a esto, se encuentra el cáncer, que es la segunda causa de muerte en el mundo (en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones), cerca del 70% de las muertes por cáncer se registraron en países de ingresos medios y bajos. México es uno de estos países. Sin embargo, alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: a) índice de masa corporal elevado, b) ingesta reducida de frutas y verduras, c) falta de actividad física, d) consumo de tabaco y e) consumo de alcohol (OMS, 2018).

Estos factores de riesgo conductuales se trasladan también a las organizaciones en donde, las personas económicamente activas pasan aproximadamente una tercera parte de su tiempo, sin embargo, muchos de esos trabajadores suelen trabajar en condiciones de riesgo y padecer enfermedades, discapacidades y traumatismos relacionados con el trabajo (OMS, 2017).

Por otro lado, las investigaciones han demostrado que las iniciativas en el lugar de trabajo pueden contribuir a reducir el absentismo por enfermedad en un 27% y los costos de atención sanitaria para las empresas en un 26% (OMS, 2017).

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo son una inversión efectiva. Pueden potenciar y extender los programas existentes de seguridad y salud en el trabajo ya que, al mantener a los trabajadores en forma y saludables, permiten conservar su capacidad de trabajar y de seguir siendo miembros activos y productivos de la sociedad. Al mismo tiempo contribuyen al bienestar de los trabajadores y sus empresas por medio de prácticas laborales más eficientes y más rentables (OIT, 2012).

En la organización en la que se llevó a cabo la intervención, se realizó un pre-diagnóstico, el cual consistió en una entrevista inicial con el Asesor de Seguridad y Salud, el Asesor Integral de Recursos Humanos (RH) y el Médico de planta para conocer cuáles eran sus necesidades al respecto. De este pre-diagnóstico surgió lo siguiente:

- Existe una preocupación por parte de la organización de que sus trabajadores no hagan un uso pertinente de los recursos que la misma les proporciona, entre estos recursos se encuentran: especialistas tales como médico general, nutrióloga, así como una instructora para actividades de activación física.
- En el caso de consultas al médico, los trabajadores sólo acuden por obligatoriedad y cuando se les realizan análisis médicos no se muestran interesados en ir por sus resultados.
- Con la nutrióloga optan por no acudir a consultas personales, ya que se les da una plática general al mes.

Por lo tanto, fue necesario conocer cuáles eran las percepciones que los trabajadores tienen de sus hábitos de vida saludable para posteriormente establecer planes de acción que llevaran a una concientización de los mismos y a la óptima utilización de los recursos que la organización les brinda.

## *1.2. Marco Teórico*

A continuación, se presenta la teoría que sustenta la presente intervención, partiendo de qué es percepción y su importancia en la salud; qué es psicología de la salud ocupacional, los antecedentes y en qué consiste la promoción de la salud en el trabajo, así como los hábitos de vida saludable. Finalmente, nos centraremos en el Desarrollo Organizacional (DO) como forma para llevar a cabo esta intervención, pero dentro de una organización.

### *1.2.1. Percepción de la salud*

Las percepciones resultan de la necesidad que se tiene de desenvolverse en un ambiente determinado y hacer frente a las exigencias o problemáticas de la vida. A través de las percepciones se forma un marco de referencia organizado que se va erigiendo de manera constante, por medio de las experiencias de vida (Calixto y Herrera, 2010). Por ello, algunos factores que influyen en la percepción son las características del individuo, como las actitudes, la personalidad, motivos, intereses, experiencias pasadas y expectativas (Oviedo, 2004 como se citó en Duque, García y Azuero, 2014).

Percepción se define como: “un proceso adaptativo para las personas, que sirve para simplificar y estructurar la variabilidad casi infinita de estímulos a los que nos enfrentamos”

(Zarco, Rodríguez, Martín y Díaz, 2008, p. 169). En la figura 1 se ilustra en qué consiste el proceso de percepción.

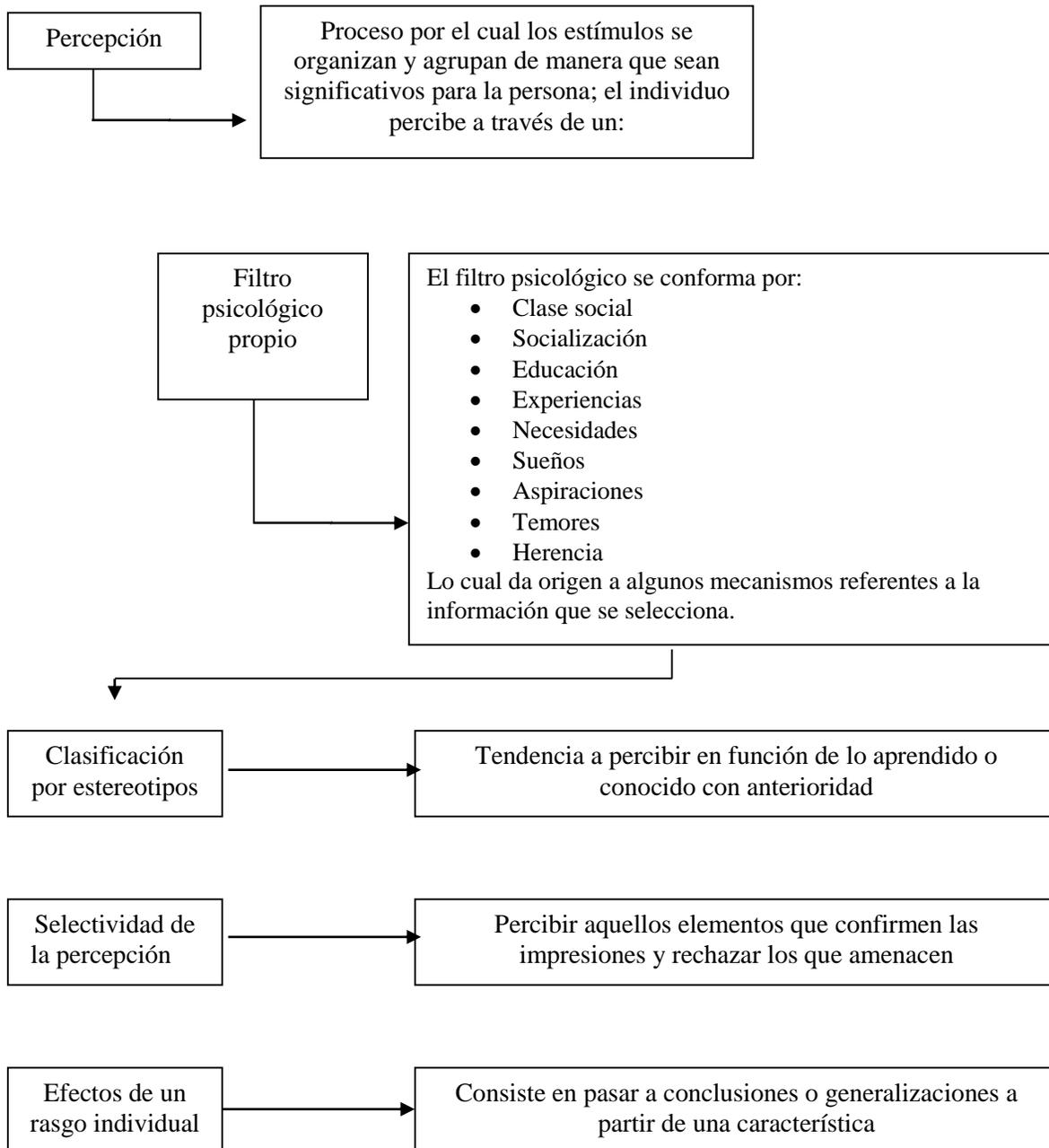


Figura 1. Concepto de percepción. Fuente: Audirac, et al. (2002).

Pasando al tema de la salud, ésta es una combinación de conceptos tales como ausencia de enfermedad y la percepción subjetiva de salud (Post, de Witte, & Schrijvers, 1999, como se citó en Juárez, 2011). En salud, la literatura científica sugiere la importancia que puede poseer

la percepción de la misma para practicar hábitos y conductas saludables, entre otras cosas porque la percepción acerca de su salud abarca aquella información acerca de su estado de salud como producto de sus conocimientos e interpretaciones, sin que necesariamente haya sido confirmado por personal médico (Agudelo, Giraldo y Romero, 2012).

Diversas investigaciones han mostrado que medir la percepción personal de salud es útil como un indicador global de la población, ya que refleja elementos mucho más allá de la misma salud, como los aspectos psicosociales (Peñata, Berbesí y Segura, 2017). También se ha de agregar que, si bien las medidas de percepción del estado de salud son subjetivas, se acepta que existe una relación estrecha entre éstas y otros desenlaces en salud (Agudelo, et al., 2012).

### *1.2.2. Psicología de la salud ocupacional*

Las preocupaciones de salud en las sociedades occidentales han estado dominadas por un modelo biomédico de salud y enfermedad por más de 200 años, y la perspectiva médica domina nuestra visión de la salud en la actualidad (Durie, 1998 como se citó en Stephens, 2008). Desde este punto de vista, la salud se encuentra solo en el cuerpo; separada de los procesos psicológicos y sociales (Stephens, 2008).

Sin embargo, a partir de la realización de intervenciones clínicas en la Segunda Guerra Mundial por parte de psicólogos, se percataron de que en ocasiones los problemas mentales tenían concomitantes de tipo físico. Igualmente, la medicina iba gradualmente asumiendo esta idea, favoreciéndose con el tiempo el que se superase en parte la dicotomía físico-mental o mente-cuerpo planteada por Descartes. La aparición de las técnicas de modificación de conducta permitió en unos años este cambio y esta asunción que convergiría en la aparición de la medicina comportamental y de la Psicología de la Salud (Oblitas, 2008).

La Psicología de la Salud como disciplina se ancla en el modelo biopsicosocial que busca comprender y atender de una manera más amplia las principales condiciones de salud de la población (Torres y Santana, 2016).

Entre los objetivos de la Psicología de la Salud se tienen la promoción de la salud, que se trata de “todas aquellas actuaciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, entendiendo por salud no solo la ausencia de enfermedad sino la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo. En este sentido, destacarían las destinadas a fomentar aquellos hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria” (Oblitas, 2008, p. 222).

Ahora bien, puesto que los adultos pasan una gran parte de su tiempo en su lugar de trabajo, este contexto se presenta como un lugar muy adecuado para desarrollar programas de promoción de la salud, no obstante, el lugar de trabajo presenta algunas limitaciones, ya que para que uno de estos programas tenga éxito a largo plazo es necesario el apoyo de la propia empresa, la implicación en el programa de los empleados, liderazgo profesional y continuos e importantes esfuerzos promocionales (Amigo, 2003).

En este sentido se ha de tomar en cuenta no solo el cambio de conducta individual sino factores que afecten al trabajador (Sloan, 1987 como se citó en Amigo, 2003), ya que, no es el trabajo en sí mismo lo que enferma sino que enferman las malas condiciones de trabajo (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de Educación; Instituto Nacional de Educación Tecnológica, Organización Internacional del Trabajo, 2014).

La importancia de todos estos aspectos de la salud en el trabajo de hecho, pueden verse en la definición de la OMS (2011) de salud ocupacional como “una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la

prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo”.

Ahora, una vez que se ha descrito un poco el surgimiento de la Psicología de la Salud, así como la importancia y los factores que afectan la salud en el trabajo, podemos ver cómo es necesario enlazar estos conceptos para formar lo que se conoce como Psicología de la Salud Ocupacional (PSO).

De acuerdo a Salanova (2009) el desarrollo de la Psicología de la Salud Ocupacional, ha sido en parte a las aportaciones de obras de diferentes autores, por ejemplo, la obra de Friedrich Engels, titulada *The Conditions of the Working Class in England* donde se describen los problemas de salud tanto físicos como psicológicos originados por la organización del trabajo; así como la obra de Karl Marx *Das Capital* donde se describe el fenómeno de la “alienación” del trabajo debido a la especialización y la división del trabajo que acontecía durante el período de la Revolución Industrial.

Sin embargo, autores como Barling y Griffiths identifican los inicios de la historia de la Psicología de la Salud Ocupacional atendiendo al impacto de diferentes eventos que tuvieron su origen en Estados Unidos y en Europa en el siglo XX; así como la influencia de organizaciones e influencia de los gobiernos mediante el desarrollo de leyes específicas para la promoción de la salud (Salanova, 2009).

Hernández y Grau (2005), sitúan los orígenes de la PSO específicamente en los Estados Unidos, ya que, desde 1974, la Universidad de Minnesota propuso un programa doctoral con el nombre de Health-Care Psychology, y posteriormente, en 1979, Stone, Cohen y Adler publican el primer libro en Psicología de la Salud y en 1982 comienza a editarse la

revista periódica *Health Psychology*, volviéndose bimensual en 1984, desarrollándose a partir de ese momento de una manera vertiginosa.

Y es que, aunque la PSO es una disciplina relativamente nueva en el ámbito teórico y aplicado de la psicología, ha habido abundante producción de documentos académicos y de tipo aplicado a los cuales se tiene acceso (Hermosa y Perilla, 2015).

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), menciona que la PSO se preocupa por la transformación dramática del trabajo y el empleo en las economías industriales desde la década de 1980 y cómo las estructuras y procesos organizativos cambiantes están influyendo en la salud y el bienestar de los trabajadores y sus familias (2018). Asimismo, afirma que en el período 1990-2013, NIOSH y la Asociación Americana de Psicología (APA) lanzaron una serie de iniciativas para promover el nuevo campo de la PSO. Se convocaron diez conferencias internacionales sobre trabajo, estrés y salud, se creó la Sociedad de Psicología de la Salud Ocupacional y se fundó la Revista de Psicología de la Salud Ocupacional.

El campo de la PSO también se ha visto influenciado por las disciplinas concernientes a la salud, especialmente la ergonomía, la higiene/seguridad industrial, la medicina y la enfermería (Spector y Pindek, 2016). Puesto que su propósito es desarrollar, conservar y promover la salud mental de los empleados y sus familias, propósito que demanda una aproximación inter y transdisciplinaria, y lograr la prevención primaria con la finalidad de generar ambientes de trabajo seguros y saludables que garanticen la salud de los trabajadores (Hermosa y Perilla, 2015).

Una vez conociendo un poco la historia e influencia de la PSO, se aborda la definición que da de la misma el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), “se

refiere a la aplicación de la psicología para mejorar la calidad de vida laboral y proteger y promover la seguridad, salud y bienestar de los trabajadores” (2018). Taris y Kompier (2014) comenta al respecto que, es una preocupación fundamental de la psicología de la salud ocupacional es hacer una diferencia real en la vida de los trabajadores y para hacerlo es necesario un conocimiento profundo de los procesos para alcanzar un trabajo y un trabajador saludables.

La NIOSH (2018) menciona que la definición de Psicología de la Salud Ocupacional hace referencia a la intervención en el ambiente de trabajo para reducir la exposición de los trabajadores a riesgos laborales, mientras que la promoción de la salud se refiere a intervenciones individuales para equipar a los trabajadores con conocimiento y recursos para mejorar su salud y por lo tanto resistir los peligros en el ambiente de trabajo. Precisamente sobre este tema de la promoción de la salud en el trabajo, se habla a continuación.

### *1.2.3. Promoción de la salud en el trabajo*

La gente suele asociar la promoción de la salud con carteles y folletos, en una visión tan simplista como la de asociar la atención médica a las batas blancas y a los estetoscopios. Según la OMS, “la promoción de la salud es el proceso de permitir a las personas que incrementan el control de, y mejoren, su propia salud”. Representa “una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable” (Organización Panamericana de la Salud, 1996, p. 29).

El término “promoción de la salud en el lugar de trabajo” es interpretado de maneras distintas por los distintos actores. Muchas empresas/organizaciones podría estar emprendiendo actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo sin darse cuenta que lo están haciendo. Otras podrían darle prioridad a las medidas de promoción de la salud, como la promoción de hábitos saludables, y no a la práctica de la seguridad y la salud en el trabajo (OIT, 2012).

El concepto original de promoción de la salud se utilizó por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist, un historiador médico, definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

En la segunda mitad de la década de los años setenta eventos como la reunión en Alma Ata y diversos documentos como el informe Lalonde (1974) y el informe Healthy People (1979) tuvieron gran influencia en la teoría y la práctica de la salud pública (OPS, 1996); de hecho, el informe de Lalonde introdujo el concepto de campo de salud como un modelo explicativo que incluye varios factores como el estilo de vida y el medio ambiente como determinantes de la salud (Stephens, 2008).

Hasta mediados de los años 80 del siglo XX la Promoción de la Salud (PS) empezó a ser ampliamente reconocida como corriente innovadora en el campo de la salud y con referente internacional (Eslava, 2006). Sin embargo, hasta 1981, Canadá era el único país que contaba con una dirección general de promoción de la salud (OPS, 1996).

Más adelante, en 1986 se reunieron en Ottawa, Canadá, representantes de los Estados Unidos de América y de países de Europa occidental, y redactaron la Carta de Ottawa, que hace énfasis a una promoción de la salud que proporcione a los pueblos los medios necesarios

para que tengan mayor control sobre su vida y su salud, a partir de políticas públicas saludables (Arroyo y Cerqueira, 1997).

En cuanto a América Latina, La OPS y la OMS han elaborado y difundido documentos sobre la filosofía, los principios básicos y la metodología de la Promoción de la Salud en América Latina. De igual manera, en la Declaración de Bogotá (1992), se menciona que: "la promoción de la salud de América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo." En ese documento se destaca la necesidad de impulsar políticas sociales, dentro de la estrategia de Promoción de la Salud, que reduzcan las inequidades en esta región (Arroyo y Cerqueira, 1997, p. 305).

Stokols (1992 como se citó en Amigo, 2014) sostiene que el concepto de promoción de la salud enfatizaría el papel de los individuos, grupos y organizaciones como agentes para la mejora del bienestar individual y colectivo. Es decir, "el trabajo en promoción de la salud requiere de trabajar no solo en estados de salud existentes sino en la mejora de situaciones que obstaculizan tener una mejor calidad de vida" (Castillo, 2011, p. 197).

En teoría, todos desean estilos de vida que lleven a la salud, incrementar sus hábitos de vida saludables (Oblitas, 2017); sin embargo, las preocupaciones de salud en las sociedades occidentales han estado dominadas por un modelo biomédico de salud y enfermedad (Stephens, 2008).

Idealmente debe existir un equilibrio entre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, por un lado, y el tratamiento de la enfermedad o las lesiones, por el otro. Sin embargo, en el último siglo, la atención de la enfermedad ha eclipsado la construcción de ambientes sanos y la promoción de comportamientos saludables (Frenk y Gómez, 2016).

El restablecimiento del equilibrio entre la atención a la salud y la atención a la enfermedad exige la implantación de cuatro “pes”: protección, promoción, prevención y preparación. La promoción de la salud incluye acciones para estimular los estilos de vida saludables, como la promoción de la actividad física y el consumo de dietas saludables, el combate al consumo de productos dañinos (como el tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas) y la promoción de la interacción social (Frenk y Gómez, 2016).

Ahora bien, la promoción de la salud no se encamina solo a que el individuo se informe y lleve a cabo medidas para mejorar sus hábitos de salud; la promoción debe englobar a otras esferas como el gobierno, los centros de trabajo, la comunidad, etc. (OMS, 2018).

Al respecto, México, ha dado varios pasos, por ejemplo, para enfrentar el reto de las ENT (Enfermedades No Transmisibles) a través de sus impuestos al tabaco, a las bebidas endulzadas con azúcar y a los alimentos con alta densidad calórica (Beyeler, González, Alleyne, Barraza, Frenk, Pablos, Pérez, Regalia, Sepúlveda, Jamison y Yamey, 2015).

De esta manera, la promoción de la salud requiere un diálogo abierto y constructivo entre instituciones y profesionales que trabajan en diferentes sectores, con el propósito de construir redes de trabajo y actores más comprometidos con la salud de la población, políticas más articuladas, sostenibilidad de las acciones y mayor comprensión de los fenómenos presentes en los contextos (Botero, Puerta, Lumertz, Sonaglio, Melo y Rocha, 2016).

Y precisamente, una de las maneras de que distintos sectores participen, es instando a que las organizaciones y empresas promuevan hábitos que mejoren la salud de los trabajadores, ya que de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1996) en nuestra sociedad, pueden identificarse distintos factores del entorno que constituyen grandes

obstáculos o riesgos para la salud, entre éstos el trabajo estresante, no gratificante y despersonalizado.

La promoción de la salud en el lugar de trabajo integra las medidas de seguridad y salud en el trabajo como parte de los esfuerzos combinados de los empleadores, los trabajadores y las autoridades nacionales para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres y los hombres en el trabajo (OIT, 2014).

Si se integra en las políticas de seguridad y salud en el trabajo, el potencial de la promoción de la salud en el lugar de trabajo para mejorar la vida laboral incrementa a medida que complementa la salud laboral. Beneficia tanto a los trabajadores como a los empleadores mejorando el bienestar a largo plazo de los trabajadores y sus familias, aumentando la productividad y el rendimiento, y reduciendo la presión sobre los sistemas de salud, bienestar y seguridad social (OIT, 2014).

Es tanta la importancia de promover hábitos saludables en los centros de trabajo, que la Organización Internacional del Trabajo (OIT), cuenta con un paquete de formación llamado SOLVE, el cual es una Metodología de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), basada en el concepto de Trabajo Seguro (SafeWork), que permite integrar la promoción de la salud a las políticas de seguridad y salud en los lugares de trabajo), el cual trata los siguientes temas: la gestión de la promoción de la salud en el lugar de trabajo, el estrés relacionado con el trabajo, la prevención del consumo de alcohol y drogas en el trabajo, la prevención de la violencia en el trabajo, el VIH y el SIDA en el trabajo, el tabaco y la exposición al humo ajeno en el lugar de trabajo, la nutrición en el trabajo, la actividad física para la salud, el sueño saludable, el estrés económico (OIT, 2018).

#### *1.2.4. Hábitos de vida saludable*

Los estilos de vida saludables son “procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población, que conllevan la satisfacción de las necesidades para alcanzar el bienestar y la vida” (Díaz, Tovar, y Torres, 2015). Por otra parte, los hábitos de salud y los hábitos de vida están íntimamente unidos, de manera que sería más apropiado hablar de hábitos saludables de vida. Coreil y Cols (1992, como se citó en Márquez, Beato y Tormo, 2015), asocian los conceptos de hábitos saludables de vida con el concepto de calidad de vida.

Muchos efectos nocivos de los hábitos de vida no saludables, como el fumar, el abuso del alcohol y las drogas, las deficiencias nutricionales y la inactividad física; también pueden potenciarse al interactuar con los peligros del lugar de trabajo. La combinación de sus efectos podría aumentar los riesgos a la salud de los trabajadores. Sin embargo, la detección oportuna y el tratamiento apropiado de las enfermedades incipientes reducen la mortalidad y disminuyen la frecuencia y el grado de discapacidad residual de muchas enfermedades ocupacionales y relacionadas con el trabajo (OIT, 2012).

En América Latina y el Caribe (ALC), la obesidad infantil y adulta, las dietas deficientes y la actividad física inadecuada están causando altos niveles de diabetes, hipertensión y otras enfermedades no transmisibles (Popkin y Reardon, 2018).

Promocionar la salud en el lugar de trabajo puede mejorar la vida laboral y, como tal, es un componente transcendental en el incremento de la productividad y del desempeño en el lugar de trabajo y, al mismo tiempo beneficia tanto a los trabajadores como a los empleadores, al contribuir al bienestar a largo plazo de los trabajadores y sus familias (OIT, 2012).

Esto, a su vez lleva a un menor ausentismo, una mayor motivación, mayor productividad, mejor reclutamiento, menor rotación, una imagen positiva y una responsabilidad social corporativa consistente (Instituto de Salud Pública de Chile, s, f).

Para efectos de la presente investigación estos hábitos de vida saludable, se clasifican en siete: Deportes y actividades al aire libre, Conducta saludable, Salud y Trabajo, Alcohol, Drogas, Descanso y Sueño y Alimentación Saludable. A continuación, se describe en qué consisten, su importancia y repercusión a nivel personal y laboral.

#### *1.2.4.1. Deportes y actividades al aire libre*

La OMS (2018) define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas, mientras que el ejercicio es una subcategoría de actividad física que se planea, está estructurada, es repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico; mientras que cuando “el ejercicio físico se realiza como competición que se rige por unas reglas determinadas, hablamos de deporte” (Márquez, Rodríguez y De Abajo, 2006, p. 13).

La promoción de la salud pone mucho énfasis en la actividad física entre otras cosas por su capacidad preventiva y de recuperación de un sin número de lesiones y enfermedades (Chávez, Trujillo, Bonifaz, Sánchez y Ballesteros, 2018).

Sin embargo, la sociedad del bienestar intenta mejorar la “calidad de vida”, de las personas otorgándoles facilidades para cumplir sus actividades de forma más cómoda, como

son: el automóvil, el ascensor, el ordenador, el teléfono móvil y el mando a distancia; que hoy por hoy forman parte de la vida de las personas, pero limitan de forma considerable el movimiento del cuerpo, lo que trae consigo consecuencias no deseables (Chávez et.al., 2018).

La prevalencia de inactividad física, se define como el porcentaje de la población que realiza menos de 150 minutos de actividad física moderada o vigorosa acumulados durante la semana (ENSANUT, 2012). En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016, la proporción de adultos con esta prevalencia de inactividad física es de 14.4% como se muestra en la tabla a continuación:

Tabla 1

Prevalencia de actividad física en adultos de 20-69 años.

	Total %	Hombres %	Mujeres %
<150 min/sem	14.4	13.7	15.0
<420 min/sem	15.4	13.3	17.2
<840 min/sem	17.3	16.3	18.2
<1680 min/sem	30.7	24.9	35.7
<1680 o más min/sem	22.2	31.7	13.8

Nota: Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2016).

Sin embargo, de acuerdo con ENSANUT 2016, el 67.3% de la población adulta se considera una persona físicamente activa (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2016). Por otra parte, la Encuesta muestra que los principales factores sentidos por la población como barreras a la hora de hacer actividad física fueron (por orden de mayor a

menor proporción de personas reportando): la falta de tiempo (56.8%), la falta de espacios adecuados y seguros (37.7%), la falta de motivación (34%), la preferencia por actividades sedentarias como ver la televisión o usar la computadoras (32.1%), la falta de actividad física en la familia (31%), problemas de salud—incluyendo discapacidades—(27.5%), y por último, el desagrado por hacer actividad física (16.5%).

Debido a esto se tienen consecuencias tales como que las personas que no hacen suficiente ejercicio físico presentan un riesgo de mortalidad entre un 20% y un 30% superior al de aquellas que son lo suficientemente activas. La mengua de la actividad física se debe parcialmente a la inacción durante el tiempo de ocio y al sedentarismo en el trabajo y el hogar (OMS, 2018). Al respecto del trabajo, según la OMS (2018) una de las formas de aumentar la actividad física es mediante las políticas laborales y las relativas al lugar de trabajo que fomenten la actividad física.

Una de estas formas es mediante la práctica de algún deporte en los centros de trabajo. Ya que, con el deporte para la salud, se pretende alcanzar un equilibrio, una recuperación o un buen estado físico, y que puede estar organizado de muy diversas formas (deporte popular, de ocio o lifetime) (Weineck, 2001). El deporte es un universal cultural, de cuya práctica pueden derivar actitudes y valores y al mismo tiempo, permite abordar temas como la salud (Consejo Superior de Deportes y UNICEF España, 2010).

#### *1.2.4.2. Conducta saludable*

La adopción de estilos de vida saludables involucra la interacción continua entre la práctica de conductas protectoras y la elusión de conductas de riesgo, por lo que resulta

conveniente conocer las áreas clave para incorporar la práctica de hábitos saludables a la vida cotidiana (García, García y Vaca, 2014).

Pero hay que tomar en cuenta que no es raro observar que en el repertorio de conducta de un individuo convivan al mismo tiempo hábitos saludables y nocivos: que un sujeto realice una determinada conducta de salud no garantiza que lleve a cabo otros comportamientos saludables (Desarrollo Humano Integral, 2008).

Al respecto, el comportamiento saludable debe definirse como un comportamiento específico de salud desde la salud, este se adquiere y se aprende (Cortés, Ramírez, Olvera y Arriaga, 2009).

Los comportamientos que por lo general sustentan la salud o derivan en ella se aprenden Weinman (1991 como se citó en Cortés, Ramírez, Olvera y Arriaga, 2009) y como tal están sometidos a un conjunto de experiencias que derivan paulatinamente en hábitos y estilos de vida. De este modo, las conductas y estilos de vida saludables se convierten en la meta a alcanzar cuando el propósito está orientado a tener una población adulta mucho más saludable (Cortés, et al., 2009).

Hay evidencias más que suficientes de que es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable que curarla de una enfermedad. Por lo tanto, hay que incrementar la salud y prevenirla en aquellas personas que al presente gozan de buena salud y una de las formas para hacerlo es mediante la detección temprana de factores de riesgo (presión sanguínea elevada, nivel alto de colesterol), junto con la promoción de conductas de salud (no fumar, una buena nutrición, hacer ejercicio, dormir ocho horas, cuidar el peso) (Desarrollo Humano Integral, 2008).

### *1.2.4.3. Salud y trabajo*

La Salud y el Trabajo son ambos procesos complejos, vinculados dialécticamente, ya que el trabajo es un factor determinante de los procesos de salud-enfermedad que afectan a los trabajadores, cualquiera sea el campo de actividad a los que se dediquen (Nieto y Tomasina, s, f).

La salud de los trabajadores es un requisito previo esencial para los ingresos familiares, la productividad y el desarrollo económico. Los riesgos para la salud en el lugar de trabajo, incluidos el calor, el ruido, el polvo, los productos químicos peligrosos, las máquinas inseguras y el estrés psicosocial provocan enfermedades ocupacionales y pueden agravar otros problemas de salud (OMS, 2017).

Recordemos que el trabajo es una actividad humana que tiene una finalidad económica y que se desarrolla en un ambiente concreto. Sin embargo, pueden darse factores nocivos que derivan de la actividad que desarrolla el organismo del trabajador (esfuerzo, sobrecarga física, etc.); y, la presencia en el medio ambiente laboral de una agente específico, originado por el proceso productivo o medio en el que éste se desarrolla (Vaquero y Ceña, 2000).

De acuerdo con la OMS (2017), las personas que trabajan bajo presión o en condiciones de empleo precarias son propensas a fumar más, realizar menos actividad física y tener una dieta poco saludable. Las enfermedades no transmisibles relacionadas con el trabajo, así como las cardiopatías y la depresión provocadas por el estrés ocupacional dan lugar a crecientes tasas de enfermedades y bajas laborales prolongadas.

En efecto, las relaciones que mantienen el trabajo y la salud son paradójicas. Por un lado, el trabajo viene a solucionar unas carencias humanas, que de no cubrirse originarían

pérdida de salud o al menos de bienestar. A su vez, la pérdida de la salud conlleva pérdida de la capacidad para trabajar. Es más, dejar de trabajar (reposo, descanso) puede ser una medida terapéutica para recobrar la salud (Vaquero y Ceña, 2000).

En México, más de la mitad de la población adulta se encuentra laborando, es decir, el 55.9% (tabla 2) lo cual hace de especial interés investigar más a fondo la relación que guarda la salud con el trabajo para mejorarla.

Tabla 2

*Situación laboral del informante*

	Muestra N	Expansión N (miles)	%	IC 95%
Empleado (a) u obrero (a)	4669	25406.9	55.9	(53.5, 50.3)
Jornalero (a) o peón	2066	4701.3	10.3	(8.9 , 12)
Ayudante	654	3037.8	6.7	(5.4 , 8.3)
Patrón (a) o empleador (a)	140	835.2	1.8	(1.4 , 2.4)
Contrata trabajadores	2532	10542.6	23.2	(21.5 , 25)
Trabajador (a) por cuenta propia	269	914.9	2.0	(1.6 , 2.6)

Nota: Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2016).

En cuanto a la percepción de riesgo, el término se define como “la evaluación combinada que hace el trabajador sobre la probabilidad de que un suceso adverso ocurra en un futuro en su lugar de trabajo y las posibles consecuencias que conlleve” (Armengou y López, 2006, p. 43).

#### *1.2.4.4. Alcohol*

La prevalencia en el consumo perjudicial de alcohol se define como el porcentaje de población de 20 años o más que incurre en prácticas de consumo de alcohol que pueden poner en peligro su salud. En los hombres corresponde a un consumo de cinco copas o más en una sola ocasión, mientras que en mujeres es de cuatro copas o más (Secretaría de Salud, 2015).

En cuanto al porcentaje de consumo, para 2012 hubo un cambio importante, pues los adultos de 20 a 29 años pasaron de 25.1% en 2006 a 46.5% en 2012 y se convirtieron en el grupo de edad con mayor prevalencia, mientras que los de 30 a 39 años pasaron de 25.3% a 40.7% (ENSANUT, 2012).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), considera el consumo del alcohol entre los riesgos laborales emergentes más importantes que puede afectar a cualquier clase de trabajo y a su vez, confiere un impacto importante en la salud, el desempeño y la productividad de los trabajadores (Rodríguez y Galeano, 2017).

En todas las ocupaciones, las tasas más elevadas de consumo y abuso de alcohol y drogas corresponden a los trabajadores más jóvenes, de sexo masculino. Y, entre los hombres, la mayor incidencia del consumo de alcohol, marihuana y cocaína en el puesto de trabajo se registra en los sectores de las recreaciones, los espectáculos y la construcción (Organización Internacional del Trabajo, 1998).

Entre las consecuencias, según la misma OIT, se encuentran para los trabajadores de entre 20 y 35 años de edad, accidentes, riñas y el ausentismo. Entre las edades de 35 y 55 años, los perjuicios derivados del consumo de alcohol consisten en patologías diversas y en alteraciones psico-neurológicas, además el consumo abusivo de drogas y alcohol afecta a los

familiares y colegas, ya sea en forma de pérdida de ingresos, de tensión o de desmoralización (1998).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) realizada en 2016-2017 en México, indican que el consumo de alcohol es alto, particularmente el consumo excesivo y consuetudinario, el cual ha crecido especialmente por la integración de más mujeres al consumo de alcohol. En cuanto a la percepción de riesgo y la tolerancia social hacia el consumo de alcohol, los datos muestran cómo quienes beben alcohol consideran menos peligroso el consumo con relación a los no consumidores.

Finalmente, en la Encuesta se indica que el consumo de bebidas alcohólicas dificulta diversas áreas de nuestra vida. Principalmente, a los hombres con dependencia les afecta su capacidad para trabajar, mientras que a las mujeres con dependencia les dificulta principalmente su vida social (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud, 2017).

#### *1.2.4.5. Drogas*

La prevalencia en el consumo de drogas ilícitas se define como el porcentaje de la población de 12 a 65 años de edad que consumió alguna vez en la vida, cocaína, cannabis, crack, alucinógenos, inhalables, heroína o estimulantes de tipo anfetamínico (Secretaría de Salud, 2015).

En México, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) realizada en 2016-2017, indican que, en la población de 12 a

65 años, el consumo de drogas aun es bajo en comparación con otros países; no obstante, se mantiene el crecimiento sostenido, en particular cuando se analiza el consumo en el último año de cualquier droga, de las drogas ilegales y de la marihuana por separado. El consumo de otras drogas (inhalables, cocaína, alucinógenos y estimulantes tipo anfetamínico) se mantiene estable desde la medición de 2011, aunque el consumo muestra un aumento constante desde 2002, principalmente el de cocaína).

Por otro lado, la información de la encuesta ha permitido conocer algunas de las áreas de la vida que se ven afectadas en los consumidores, en particular en los dependientes, quienes mencionan verse perjudicados en su vida social, en la realización de las tareas domésticas y en su capacidad para trabajar o estudiar. Adicionalmente, este segmento de la población indica que debido a su consumo fueron incapaces de realizar sus actividades habituales o de trabajar un promedio de 30.8 días de un año. Finalmente, se observa en los datos que apenas el 20.4% de la población que presenta dependencia y 8% de los que han consumido drogas el último año, acude a tratamiento. Sin duda, la necesidad de facilitar el acceso a tratamiento a la población que lo requiere, es una acción imperativa para los especialistas en el área (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud, 2017).

Por otra parte, la prevalencia de consumo de tabaco en adultos se define como el porcentaje de la población de 20 años o más que en el transcurso de su vida ha fumado un mínimo de cien cigarrillos (5 cajetillas) y que reporta fumar actualmente (Secretaría de Salud, 2015).

El tabaquismo es la principal causa prevenible de muerte y enfermedad en el mundo. Cada año, más de cinco millones de muertes son atribuibles al consumo de cigarros y, de

seguir las tendencias actuales, se espera que este número aumente a 10 millones en el año 2025 (Pichon, Reynales, Bardach, Caporale, Augustovski, Alcaraz, Caccavo, Sáenz, Muños, Gallegos y Hernández, 2013).

México tiene una población de 85.2 millones de habitantes de 12 a 65 años (44 millones 93 mil mujeres, 41 millones 168 mil hombres). La ENCODAT 2016-2017 reporta que el 17.6% fuma tabaco actualmente. Esto corresponde a 14.9 millones de mexicanos (3.8 millones de mujeres, 11.1 millones de hombres), de los cuales el 6.4% fuma diariamente (5.4 millones) y el 11.1% fuma de forma ocasional (9.4 millones). Mientras que el promedio de cigarros fumados al día entre los fumadores diarios es 7.4.

Por otra parte, la encuesta describe que, entre los fumadores mexicanos actuales de 12 a 65 años, 5.7 millones piensan en dejar de fumar debido a las advertencias sanitarias con pictogramas y 4.1 millones refirieron que las advertencias evitaron que fumara un cigarro en el último mes (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud, 2017).

Fumar en México, causa aproximadamente 60 000 muertes al año; Desafortunadamente, la primera la línea de defensa, es decir, el reemplazo de nicotina no está disponible de manera generalizada ya que escasean en farmacias y están en general fuera de los cuadros básicos tanto para el primer nivel de atención como para prescripción por parte de los especialistas (Pérez, García y Hernández, 2018).

#### *1.2.4.6. Consumo de alimentos*

La alimentación es una de las principales necesidades humanas, la cual, además de representar un requerimiento biológico, adquiere relevancia sociocultural, empero, a partir del siglo XIX se han registrado cambios en la alimentación de casi todas las poblaciones del mundo, asociados a los procesos de modernización (Gutiérrez y Magaña, 2017).

En México, el consumo de alimentos tiene una tendencia creciente hacia alimentos industrializados, aunque ha estado delimitado por las características propias y la cultura alimentaria presente en cada población (Oseguera, 2009, como se citó en Gutiérrez y Magaña, 2017).

Según la Secretaría de Salud (2015), los cambios de los hábitos alimentarios, el menor gasto de energía asociado a estilos de vida sedentarios y el envejecimiento de la población, unidos al tabaquismo y al consumo de alcohol, son los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y constituyen un reto cada vez mayor para la salud pública.

La ENSANUT Medio Camino 2016, en adultos de 20 ó más años de edad la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 72.5%. Se observa que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad ( $IMC \geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) es mayor en las mujeres (75.6%, IC 95% 73.5, 77.5) que en los hombres (69.4%, IC 95% 65.9, 72.6); y que la prevalencia de obesidad ( $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) es también más alta en el sexo femenino (38.6%, IC 95% 36.1, 41.2) que en el masculino (27.7%, IC95% 23.7, 32.1). Asimismo, la categoría de obesidad mórbida ( $IMC \geq 40.0$  kg/m<sup>2</sup>) es 2.4 veces más alta en mujeres que en hombres. Sin embargo, el 61.3% de la población adulta considera que su alimentación es saludable (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

En la tabla 3, se puede observar los porcentajes a nivel nacional por grupos de alimentos:

Tabla 3

*Porcentaje de adultos de 20 años o más consumidores de los grupos de alimentos a nivel nacional*

	Porcentaje a nivel nacional %
Frutas	51.4
Verduras	42.3
Leguminosas	70.0
Carnes no procesadas	86.7
Agua	87.3
Huevo	48.1
Lácteos	61.7
Carnes procesadas	19.8
Comida rápida y antojitos mexicanos	18.3
Botanas, dulces y postres	38.0
Cereales dulces	45.6
Bebidas no-lácteas endulzadas	85.3
Bebidas lácteas endulzadas	24.1

Nota: Instituto Nacional de Salud Pública (2016).

Bajo el título de malos hábitos de dieta se agrupan factores de riesgo, algunos de ellos por elevado consumo (carne procesada o bebidas azucaradas) y otros porque su consumo es bajo (frutas y verduras, nueces y semillas, ácidos grasos omega 3, entre otros) (Secretaría de Salud, 2015).

Además la relación entre consumo de alimentos y bebidas con el sobrepeso y la obesidad es tan clara actualmente que en 2017 doce empresas líderes en el sector de Alimentos y Bebidas no alcohólicas firmaron una “Carta con los Compromisos de Empresas con la Salud de los Mexicanos” para refrendar su apoyo a la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso y Obesidad, además de disminuir ingredientes tales como sodio, azúcar y grasas saturadas (Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición, 2017).

Finalmente, en un estudio recientemente publicado en *The Journal of Nutrition*, investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública mostraron que de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, las compras de bebidas azucaradas se redujeron 6.3% en 2014 respecto a las tres rondas anteriores (2008, 2010 y 2012). Al mismo tiempo, las compras de agua embotellada se incrementaron en 16.2% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018).

La ENSANUT 2016, arrojó los principales factores sentidos por la población como barreras a la hora de alimentarse saludablemente (por orden de mayor a menor proporción de personas reportando): la falta de dinero para comprar frutas y verduras (50.4%), falta de conocimiento para preparar alimentos saludables (38.4%), la falta de tiempo para preparar o consumir alimentos saludables (34.4%), la falta de una alimentación saludable en la familia (32.4%), la preferencia por consumir bebidas azucaradas y comida densa en energía (pastelillos, dulces y botanas como papitas y frituras) (31.6%), la falta de motivación (28.3%), y el desagrado por el sabor de las verduras (23%) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

#### *1.2.4.7. Descanso y sueño*

El sueño no es sólo un bloque de tiempo en el que no se está despierto. Gracias a los estudios sobre el sueño realizados en las últimas décadas, ahora se sabe que el sueño tiene distintas etapas que progresan cíclicamente durante la noche (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2013). De acuerdo a un estudio el sueño “es un estado cerebral activo en el que se generan cambios hormonales, metabólicos, térmicos, neuronales y bioquímicos. El sueño tiene múltiples funciones: fisiológica, homeostática, de conservación, de restauración de la energía, descanso, con participación activa en los procesos cognoscitivos como atención y consolidación de la memoria” (Santiago et., al, 2014, p. 2).

La mayoría de las investigaciones asume que la cantidad de sueño normal en adultos es entre 7-8 horas cada noche, si se quiere mantener un buen funcionamiento durante el día, sin embargo, ha de considerarse también que para que el sueño sea suficiente debe tener un periodo seguido de un despertar espontáneo, que lleva a un buen estado de vigilia durante el día y deja una sensación restauradora (Santiago et., al, 2014).

Por otra parte, diferentes investigaciones, tal como la realizada por la NHTSA (National Highway Traffic Safety Administration), coinciden en que la falta de sueño y, en especial las apneas del sueño provocan trastornos sensorio motores comparables a aquellos provocados por el consumo de alcohol con niveles equivalentes a 0,8 gramos de alcohol por litro de sangre (Instituto de Seguridad y Salud Laboral, 2011).

La enfermedad de la apnea del sueño es un importante problema de salud que consiste en el cierre intermitente y repetida de la vía aérea superior durante el sueño, lo que origina una interrupción completa (apnea) o parcial (hipoapnea) del paso del aire (Instituto de Seguridad y Salud Laboral, 2011).

Una de las consecuencias más significativas de la apnea es la fragmentación del sueño, lo cual hace que la persona que los padece se despierte con la sensación de no haber descansado, aun cuando no recuerde haberse despertado como tal por la noche, a lo largo del día se siente cansada y nota somnolencia en situaciones sedentarias (Instituto del sueño, 2017).

Además, se aumenta el riesgo de accidentes de tráfico (hasta siete veces superior al de la población normal) y de accidentes laborales. Suelen aparecer también cambios en el estado de ánimo como son la irritabilidad, la depresión, alteraciones en el rendimiento, o pérdidas de la capacidad de concentración y de memoria (Instituto del sueño, 2017).

Por otra parte, los resultados de la ENSANUT 2016, mostraron al analizar información sobre trastornos del dormir y su asociación con obesidad que, el riesgo alto de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) por el cuestionario de Berlín fue observado en 27.8% de la población y que la queja de insomnio (dificultad para dormir en las últimas 3 semanas por más de 3 días a la semana) afecta a 18.8% de la población (IC95% 17.4, 20.2), predomina en mujeres, en las localidades urbanas y tiende a incrementarse en la obesidad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

Sumado a este tipo de enfermedades del sueño, intervienen factores como el trabajo por turnos. Según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH, 2015) una razón importante para que este exista, es que ahora, como consecuencia de la tecnología moderna, es posible hacer muchas actividades en cualquiera hora del día o de la noche.

El sueño de día es más ligero que el sueño de noche, por lo que la persona se despierta más fácilmente por el ruido. Así es más difícil dormir, cuanto más trabaja una persona, menos tiempo libre tiene. Además de que, si un trabajador trabaja horas extra o un turno de 12 horas todavía tiene que cumplir sus obligaciones en la casa. Como la duración de estas obligaciones

es igual cada día, el trabajador puede sacrificar el descanso y el sueño después de un día largo de trabajo, lo que aumenta los niveles de estrés y fatiga (NIOSH, 2015).

En la última década se ha reconocido que el sueño, en particular el sueño suficiente y de calidad, es una parte indispensable y vital para mantener la salud física, mental, emocional y bienestar general. Dormir lo suficiente es esencial para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 (Santiago et., al, 2014).

#### *1.2.5. Desarrollo organizacional (DO)*

Para que un programa en promoción de la salud tenga éxito a largo plazo es necesario el apoyo de la propia empresa, la implicación de los empleados en el programa, liderazgo profesional y continuos e importantes esfuerzos promocionales (Amigo, 2003); Al respecto, un tipo de intervención que permite el involucramiento de toda la empresa es el Desarrollo Organizacional (DO), por lo que empezaremos por los antecedentes del mismo, su definición, así como el tipo de intervención usada para este estudio.

##### *1.2.5.1. Antecedentes*

El ambiente imperante en que se apoya el surgimiento del Desarrollo Organizacional (DO) es en primera instancia, la necesidad de las organizaciones de aumentar la producción, los servicios y la fuerza laboral en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial (Audirac, de León, Domínguez, López y Puerta, 2002).

Por otro lado, después de atravesar el período de la guerra, las personas comienzan a tener problemas de adaptación a los grupos existentes, razón por la cual en las organizaciones comienzan a surgir talleres de capacitación que dan origen a los grupos de sensibilización, los laboratorios y los Grupos T. Es así como se empiezan a buscar cambios organizacionales e individuales en las organizaciones, a través del aprendizaje que el individuo logra en la interacción en grupos (Audirac, et al., 2002).

Por su parte, Hornstein, Bunker, Burke, Gindes y Lewicki (1971, como se citó en Faria, 2000) sitúan los orígenes del D.O. en el año 1924, partiendo del estudio hoy ya antológico de las investigaciones de psicología aplicada al trabajo en la fábrica Hawthorne de la Western Electric Company, EUA. Allí se estudiaron los efectos sobre los índices de producción de modificaciones en las condiciones de trabajo. En el medio de los estudios se descubrió la influencia de los factores de comportamiento (sociales, grupales e individuales) en la obtención de resultados en el trabajo organizado (Faria, 2000).

#### *1.2.5.2. Concepto de Desarrollo Organizacional (DO)*

Diversos autores y profesionistas han presentado diferentes definiciones del Desarrollo Organizacional (DO). Beckhard define el DO como “un esfuerzo planeado que abarca toda la organización, administrado desde arriba, para aumentar la eficiencia y salud de la organización, a través de intervenciones planeadas en los procesos organizacionales, usando conocimientos de la ciencia del comportamiento” (1969, como se citó en Faria, 2000, p. 27).

La definición por parte de Nielsen, es que el desarrollo organizacional es “un intento de influenciar a los miembros de una organización y su experiencia en ella, y que asuman

mayor responsabilidad por sus propias acciones como miembros de la organización (en Pucheu, 2014 p. 46).

Para Faria, el DO “es un proceso de cambios planeados en sistemas socio-técnicos abiertos, tendientes a aumentar la eficacia y salud de la organización para asegurar el crecimiento mutuo de la empresa y sus empleados” (2000, p. 30).

No se puede considerar al DO como una disciplina independiente, por lo tanto requiere del consenso de otras disciplinas para llevar a cabo su función. Entre estas disciplinas se puede nombrar a la ingeniería, administración, psicología, sociología, antropología, filosofía y teoría de sistemas (Audirac et al., 2002).

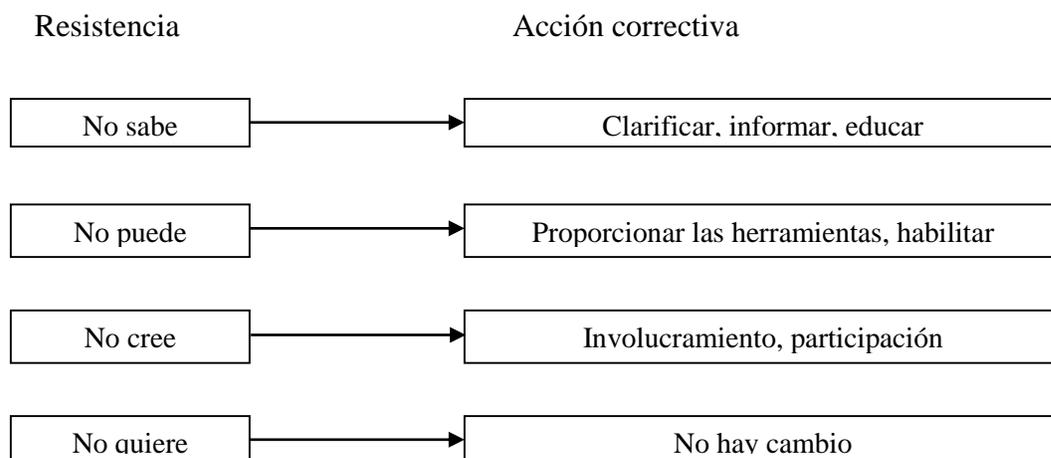
Algunas de las diferencias del desarrollo organizacional con otras disciplinas afines, es que se dirige a toda la organización o, al menos, a componentes o unidades significativamente diferenciadas o autónomas y que tiene como objeto la promoción de la salud y eficacia de la organización (Zarco, Rodríguez, Martín y Díaz, 2008). Al respecto, “la creación de estrategias sobre ámbitos que antes no habían sido considerados es quizás el elemento más distintivo y la base desde la cual se genera el desarrollo organizacional” (Pucheu, 2014, p. 46).

#### *1.2.5.3. DO para el cambio*

Debido a los ambientes cada vez más dinámicos, las organizaciones de manera continua ven el desafío de implementar cambios en su estrategia, estructura, proceso y cultura. Muchos factores contribuyen a la eficacia con la que se implementan dichos cambios organizacionales. Uno de los cuales se refiere a la disposición para el cambio (French, Bell, y Zawacki, 2007).

Existen algunas variables psicológicas que influyen en la conducta de un individuo frente al cambio. Entre éstas, se encuentran la percepción y los hábitos. Éstos últimos “constituyen un obstáculo por el grado de arraigo que los caracteriza y porque resultan una medida de economía, ya que al aplicarlos nos evitamos reflexionar en cada situación, de tal forma que un cambio de hábito, implica mayor inversión de energía, o sea, llevar a cabo un esfuerzo adicional” (Faria, 2002, p. 46).

Si un individuo u organización se resiste al cambio, se pueden aplicar ciertas acciones:



*Figura 2.* Acciones para corregir la resistencia al cambio. Fuente: Audirac, et al., (2002)

Intervenir en la organización con objeto de que cambie puede hacerse de múltiples maneras; no obstante, una de las aproximaciones más integradoras, que cuenta, además, con abundante respaldo, es la que se conoce bajo la denominación de desarrollo organizacional (Zarco, et. al, 2008).

Esta es una de las razones por las que una organización puede solicitar los servicios de un consultor, para que actúe como facilitador (Audirac, et al., 2002). De hecho, lo que distingue a la consultoría en desarrollo organizacional (DO) de otros enfoques, es la intervención, es decir, ayudar al cliente a resolver un problema, desarrollar una idea o plan, promoviendo que se generen aprendizajes en las personas involucradas mediante la participación activa para que sean capaces en el futuro de manejar asuntos similares (Audirac, 2007). Eso implica que el consultor de desarrollo organizacional deba desempeñar otros roles además del de consultor, roles específicos como analista, coach, facilitador de equipos o consultor técnico (Pucheu, 2014).

#### *1.2.5.4. Tipos de intervención en desarrollo organizacional*

Hacer una intervención en DO “implica un proceso en el que intervienen estrategias o intervenciones programadas que persiguen la transformación de la realidad de la organización o de algunas de sus dimensiones” (Zarco, Rodríguez, Martín y Díaz, 2008, p. 56).

En desarrollo organizacional las intervenciones “son conjuntos de trabajos estructurados en los que las unidades organizacionales escogidas (individuo, grupo, intergrupo o sistema total para alcanzar metas), emprenden una tarea o sucesión de ellas, cuyos objetivos se relacionan directa o indirectamente con mejoras organizacionales” (Audirac, et al., 2002, p. 79).

Por su parte French, Bell y Zawacki (2007), comentan que el término intervenciones de DO se refiere al cambio de actividades planeadas y programadas en las que clientes y consultores participan y que éstas actividades son de diagnóstico y de solución de problemas

que se realizan con la ayuda de un consultor que forma parte del sistema. Mediante las intervenciones, el desarrollo organizacional “proporciona oportunidades a los integrantes de la organización para que actúen como personas y no como meros recursos” (Zarco, et. al., 2008, p. 57).

A continuación, se presentan diferentes tipos de intervenciones en DO, conocidas como intervenciones clásicas:

Tabla 4

*Clasificación de intervenciones en DO*

Tipo de intervención	A quienes están dirigidas
Intervención en procesos humanos	Están dirigidas fundamentalmente al personal de las organizaciones, así como a sus procesos de interacción, como comunicación, solución de problemas, liderazgo y dinámicas de grupo.
Intervenciones tecnoestructurales	Están orientadas hacia la tecnología y estructuras de las organizaciones para “ligarlas” con las intervenciones en procesos humanos. La tecnología organizacional incluye métodos y flujos de trabajo, mientras que las estructuras atienden la división, jerarquía y diseño del trabajo.
Intervenciones en administración de recursos humanos	Se enfocan principalmente en las relaciones con el personal, como los sistemas de recompensas y la planeación y desarrollo de carrera.
Intervenciones estratégicas	Están dirigidas hacia la estrategia general de la organización, es decir, a la manera en la que utiliza sus recursos para obtener una ventaja competitiva en el medio.

Nota: Guízar (2013).

La presente intervención entra en el rubro de las intervenciones en administración de recursos humanos, en el punto de la gestión de la salud e higiene en el trabajo. Aunque el interés actual está principalmente centrado en los efectos de los accidentes laborales y las enfermedades también empiezan a verse señales de interés por los factores de riesgo social y psicológico (Dolan, Valle, Jackson y Schuler, 2007). Para llevarla a cabo, se siguieron las etapas del cambio planeado que, según Faria (2000), dentro de la concepción del D.O., puede subdividirse en etapas o fases de consultoría, como se muestra en la figura 3.

La primera etapa, de Contacto, consistió en el primer acercamiento a la organización, donde se examinó sus necesidades y la situación en la cual se encontraba. En la segunda etapa, de Contrato, se realizó una reunión de presentación del proyecto y para establecer los objetivos, planes, expectativas y compromisos entre el consultor y la organización. En la fase de Entrada, se hizo contacto con los trabajadores del área operativa (sujetos de estudio) y en la fase de Recolección de datos se les aplicaron los instrumentos para posteriormente, en la etapa de Diagnóstico identificar las necesidades y definir las áreas a trabajar en conjunto con la empresa. La etapa de Planeación de “intervenciones” consistió en elaborar planes de acción mediante la participación de todos los trabajadores, tomando en cuenta para la programación de las acciones, tiempo disponible, así como recursos humanos, materiales, financieros y cuestiones logísticas. La etapa de la Acción, radicó en llevar a cabo el plan de intervención aprobado por la organización. Finalmente, en la etapa de Acompañamiento y Evaluación, se procedió a aplicar una evaluación general del proyecto y a analizar la información obtenida para llegar al Término de la presente Intervención.

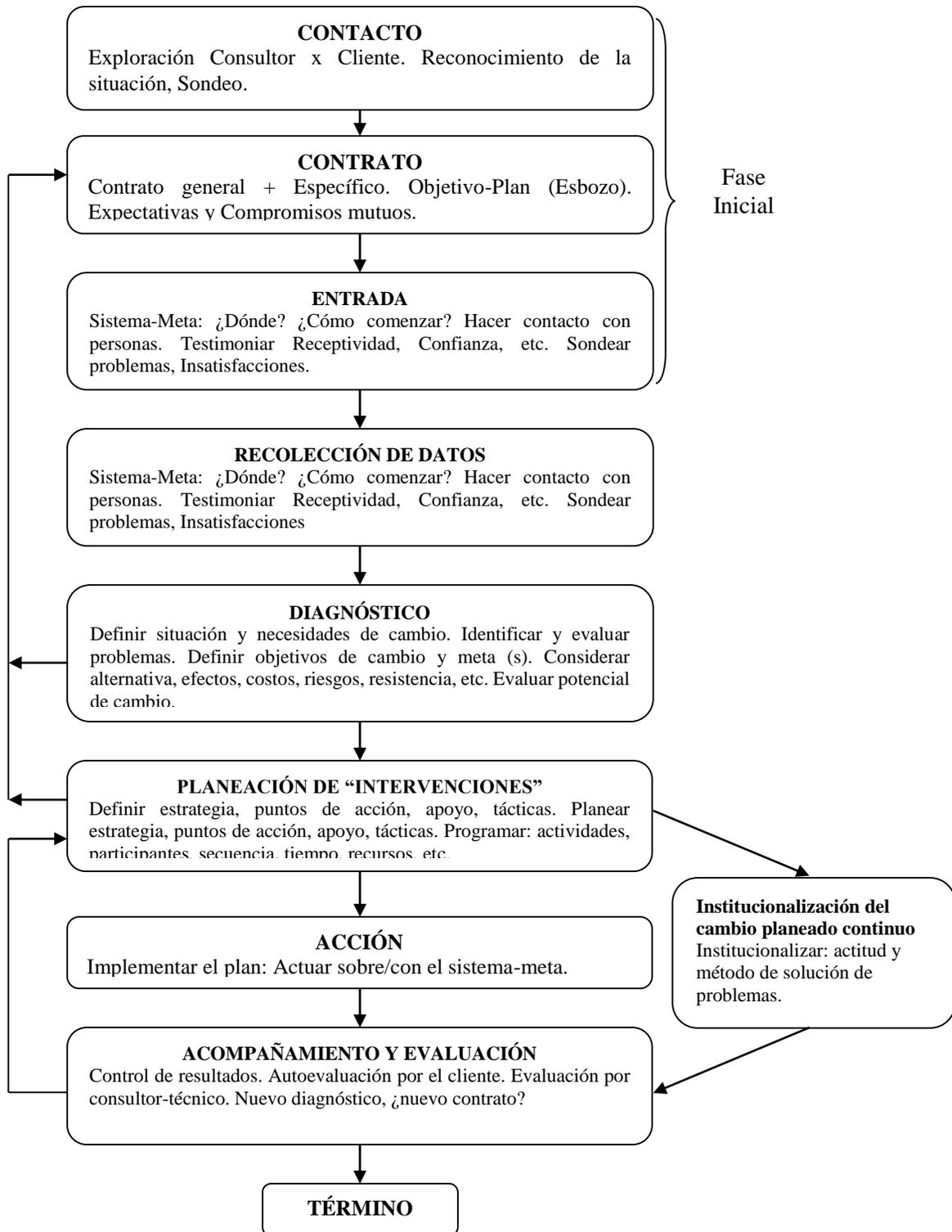


Figura 3. Modelo para el cambio planeado. Fuente: Faria Mello (2013).

## **Capítulo 2. Evaluación diagnóstica del problema o necesidad sentida**

Una de las estrategias del DO es apoyarse en diagnósticos de situaciones concretas y problemas específicos y con en base en éstos planear intervenciones (Faria, 2000). Por lo que en esta intervención se partió del diagnóstico que a continuación se presenta.

### *2.1. Descripción del escenario y participante*

A continuación, se presenta la descripción del escenario y de los participantes en el presente estudio.

#### *2.1.2. Descripción de escenario*

Este estudio se realizó en una empresa productora de materiales de construcción, ubicada en la ciudad de Mérida, Yucatán. La responsabilidad del estudio estuvo a cargo del Asesor de Seguridad y Salud, el Asesor Integral de Recursos Humanos y el Médico de Planta ya que con ellos se dio el contacto inicial y fueron quienes en conjunto solicitaron el proyecto y dieron autorización para el presente diagnóstico. Sin embargo, para la determinación de las fechas de reuniones, así como horarios y lugar de reunión, el área directamente responsable fue de Seguridad y Salud, con la autorización respectiva de las otras dos áreas anteriormente mencionadas, así como de la Dirección de Planta.

### *2.1.3. Descripción de participantes*

Se contó con la totalidad de los participantes del área operativa de la empresa, es decir con 90 trabajadores hombres, cuyas edades comprenden de entre 20 y 75 años de edad. Esta población comúnmente llamada área de técnicos y de mantenimiento, en donde los técnicos se dividen en Técnico Mecánico, Técnico Eléctrico, Técnico de Producción, Técnico de Envase, y Técnico de Laboratorio y Operador de Montacargas.

## *2.2. Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizados*

En este apartado se describe el instrumento y técnicas utilizadas, así como las consideraciones éticas y legales que se consideraron en este estudio.

### *2.2.1. Instrumento*

Para fines de esta investigación y a petición de la organización, se utilizó el instrumento de Hábitos de Vida Saludable de De Lille (2015) la cual es una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, donde 1 es nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces (la media), 4 casi siempre y 5 siempre. Y un apartado de respuestas dicotómicas (Si/No).

En conjunto con la organización se determinó que los puntajes que indicarían una conducta positiva para la salud eran los puntajes iguales o mayores a 3. Es decir, a partir de la media del instrumento, se consideraría la conducta como fortaleza; mientras que puntajes inferiores a 3 indicarían una conducta negativa, por lo que sería considerada un área de oportunidad.

La escala de hábitos de vida saludable cuenta con 79 reactivos, un apartado correspondiente a datos socio demográficos y las siguientes siete dimensiones:

1. Deportes y actividades al aire libre, se refiere a las actividades de relajación, deportes colectivos y ejercicios al aire libre y la frecuencia con que se realizan. Esta dimensión cuenta con un alfa de Cronbach de .79
2. Conducta saludable, hace referencia a la frecuencia con la que se acude al médico para exámenes médicos generales, presión arterial y cuidado del cuerpo como mantener el peso corporal de acuerdo a su talla. Esta dimensión cuenta con un alfa de Cronbach de .56
3. Salud y trabajo, se refiere a en qué medida la salud física y mental está en riesgo por el trabajo y en qué medida afecta positiva y negativamente a la salud. Esta dimensión cuenta con un alfa de Cronbach de .65
4. Alcohol, es lo relacionado con el consumo de bebidas alcohólicas tanto por el individuo en cuestión como por su familia, amigos y compañeros de trabajo y los problemas derivados del consumo. Esta dimensión cuenta con un alfa de Cronbach .47
5. Drogas, indaga si el individuo en cuestión, así como su familia, amigos y compañeros de trabajo consumen algún tipo de droga. Este apartado es dicotómico (Si/No).
6. Consumo de alimentos, hace énfasis en la frecuencia de consumo de los 7 grupos de alimentos existentes (ejemplo de cada grupo: pan, frutas, vegetales, carnes, leche, bebidas y comida rápida) así como los horarios del consumo de los mismos. Esta dimensión cuenta con un alfa de Cronbach de .79

7. Descanso y sueño, se refiere a los horarios para levantarse y acostarse, las dificultades para quedarse dormido y si se descansa en el día a día. Esta dimensión cuenta con un alfa de Cronbach de .49

### *2.2.2. Técnicas*

Se usó la técnica de desarrollo organizacional conocida como ensayo o encuesta de retroalimentación y es quizás el más popular de esta categoría (sistemas de proceso amplio); y consiste en recolectar datos acerca de una organización o departamento mediante cuestionarios. Una vez sintetizados, los datos se utilizan para diagnosticar problemas y desarrollar planes de acción para resolverlos, y con ellos se retroalimenta a los miembros de la organización (Guízar, 2013).

Se usaron dos tipos de encuestas: a) para medir la satisfacción de los trabajadores en cuanto al taller de sensibilización y b) para la evaluación del proyecto en general.

### *2.2.3. Consideraciones éticas y legales*

Se consideraron las siguientes cuestiones antes de la realización de este estudio:

- Entregar los reportes de resultados del diagnóstico de forma objetiva y confiable.
- Confidencialidad de los resultados en la difusión científica de los mismos.
- Mantener bajo resguardo la información proporcionada por la empresa participante.

### *2.3. Procedimiento*

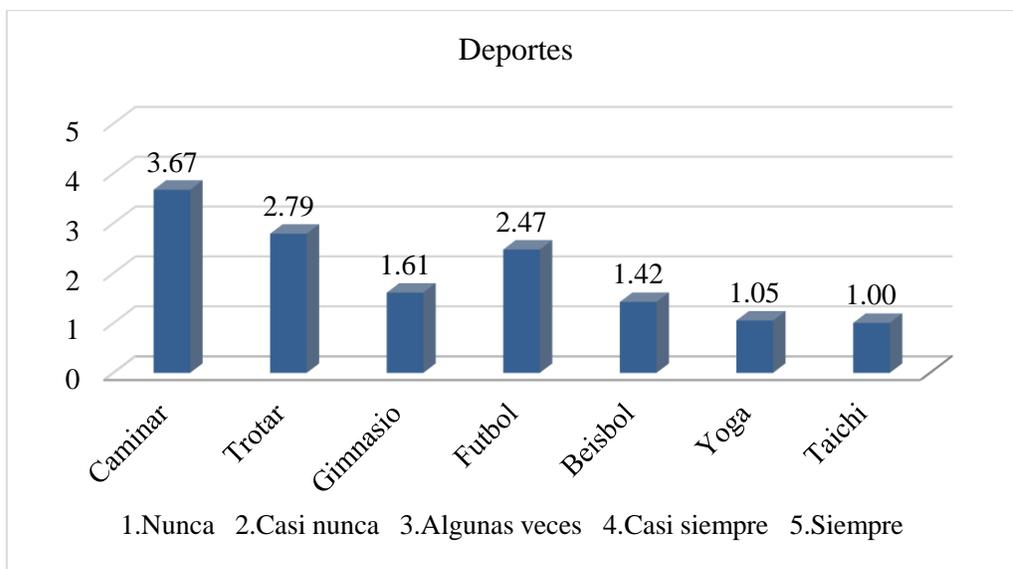
La aplicación del instrumento de diagnóstico se aplicó en grupos de entre 13 y 27 personas una vez por semana. Antes de la aplicación del instrumento, se firmó una carta de consentimiento de su participación en el estudio y posteriormente se les explicó el objetivo e importancia del estudio, así como las instrucciones para contestarlo. Los trabajadores contestaron los instrumentos en un tiempo aproximado de entre 25 y 40 minutos.

Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales, SPSS versión 2.3. Una vez obtenidos los resultados se realizó un análisis descriptivo de los resultados a través de la medida de tendencia central media, y se presentaron los resultados del diagnóstico primeramente a todos los trabajadores sujetos del estudio y posteriormente los directivos y mandos medios de la empresa para su retroalimentación.

### *2.4. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica*

Posterior a la aplicación del instrumento a los trabajadores, se analizaron los datos mediante la herramienta SPSS y se obtuvieron los siguientes resultados.

En cuanto al apartado deportes y actividades al aire libre, la actividad que más realizan los trabajadores es caminar y la que menos, el taichí, como podemos observar en la figura 4.



*Figura 4.* Deportes y actividades al aire libre.

En cuanto a la variable conducta saludable. En este primer apartado se observa que el 85.60% de los trabajadores ha asistido al médico y el 69% al odontólogo en los últimos seis meses, como podemos observar en la figura 5.



*Figura 5.* Conducta saludable. Asistencia a profesionales de la salud.

En cuanto a exámenes médicos de los últimos seis meses, el 88.6% de los trabajadores se ha practicado exámenes médicos generales; el 88.5% se ha practicado de presión arterial; el 87.6% se ha practicado exámenes de colesterol, triglicéridos y glucemia y el 62.3% exámenes de urología como se puede apreciar en la figura 6.

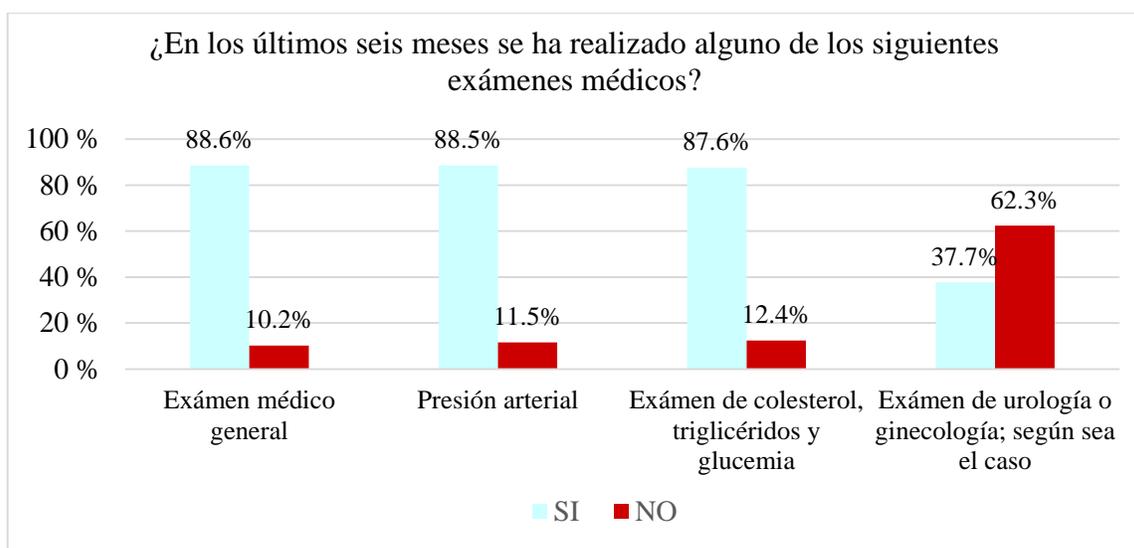
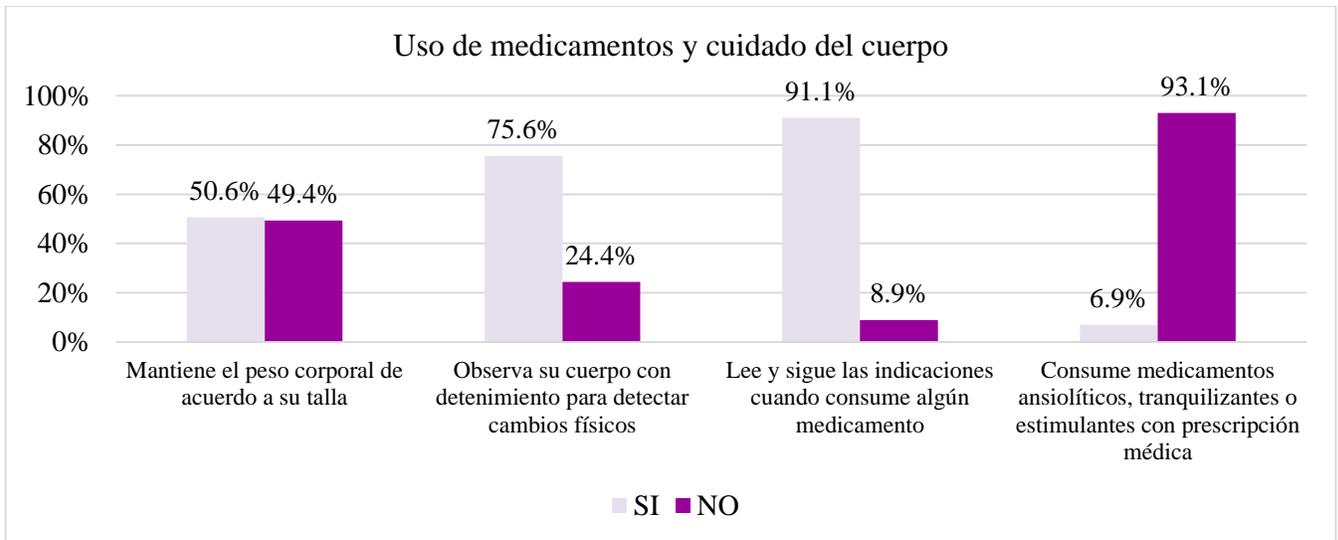


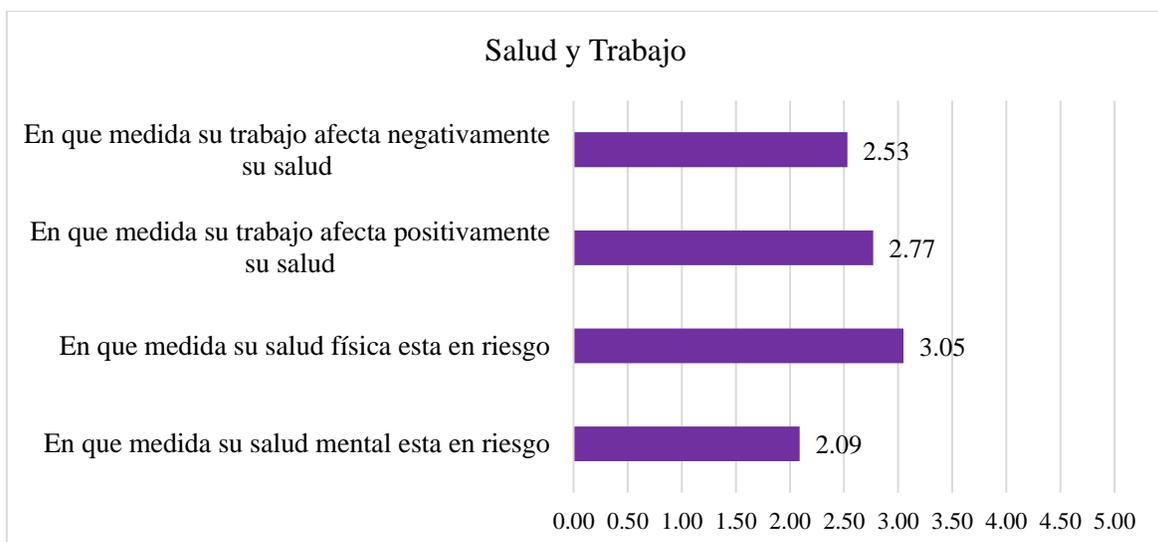
Figura 6. Conducta saludable. Exámenes médicos que se realizan.

Respecto a la variable Conducta saludable en cuanto al uso de medicamentos y cuidado del cuerpo (figura 7), se puede observar que el 50.6% mantiene el peso corporal de acuerdo a su talla, el 75.6% observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos, el 91.1% lee y sigue las indicaciones cuando consume algún medicamento y, por otro lado, el 93.1% dice no consumir medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes con prescripción médica.



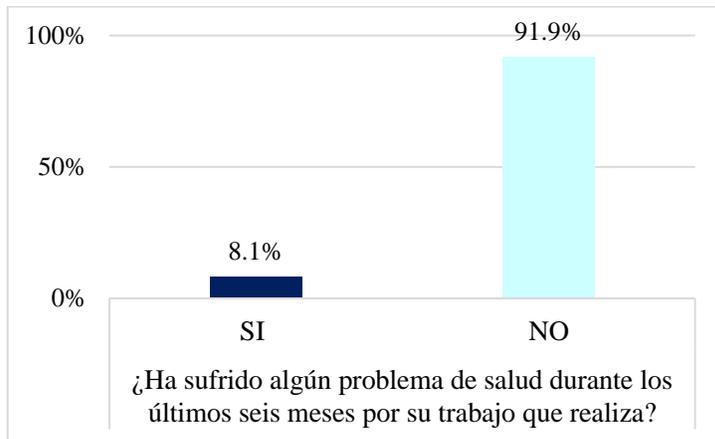
*Figura 7.* Conducta saludable. Uso de medicamentos y cuidado del cuerpo.

Por otro lado, se puede apreciar que en cuanto a la variable Salud y Trabajo, algunas veces los trabajadores perciben que su salud física se encuentra en riesgo. Mientras que no consideran que su salud mental lo esté. Y perciben que su trabajo no afecta ni positiva ni negativamente su salud.



*Figura 8.* Salud y trabajo.

Con respecto al siguiente apartado de la variable salud y trabajo en la figura 9 se muestra que el 91.90% niega haber tenido algún problema de salud a causa del trabajo que realiza.



*Figura 9.* Salud y trabajo. Problemas de salud sufridos por el trabajo que realiza.

Finalmente, en el apartado de Salud y Trabajo, se señala en la figura 10 que los trabajadores consideran que el trabajo casi nunca les genera la necesidad de acudir a profesionales tales como: Fisioterapeuta, Médico, Psiquiatra, Psicólogo y Gastroenterólogo.

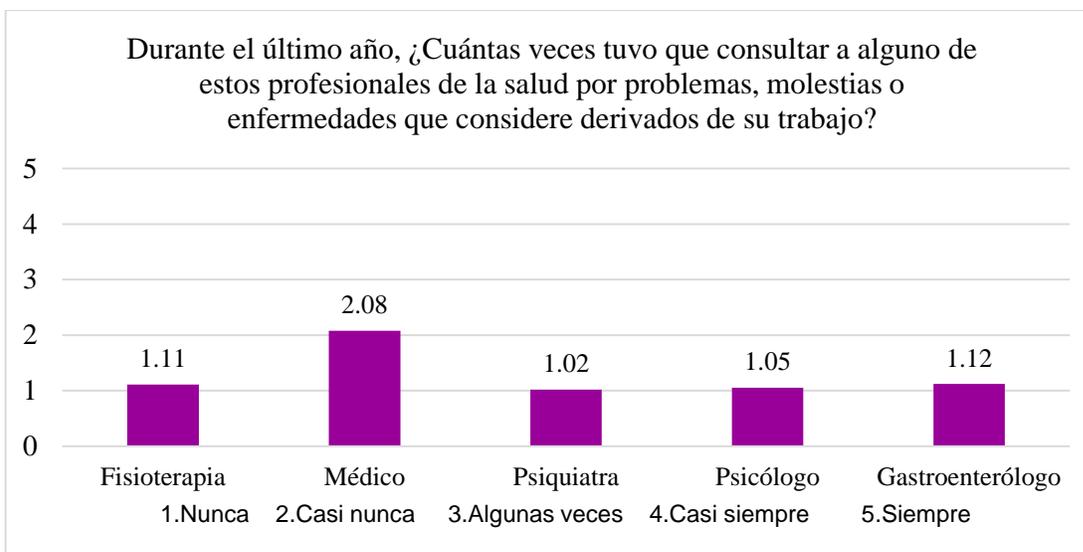


Figura 10. Salud y trabajo. Consultas médicas a causa del trabajo.

Por otra parte, en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, se puede observar en la figura 11 que el 65.9% consume algún tipo de bebida alcohólica, el 64.8% comenta que sus familiares consumen alcohol, el 89.8% afirma que sus amigos consumen alcohol y el 87.2% señaló que sus compañeros de trabajo consumen alcohol.

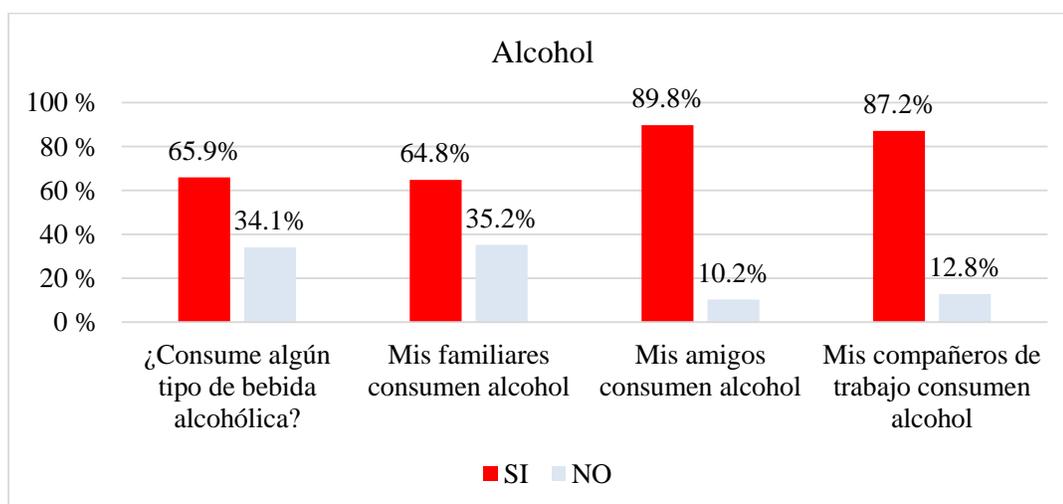
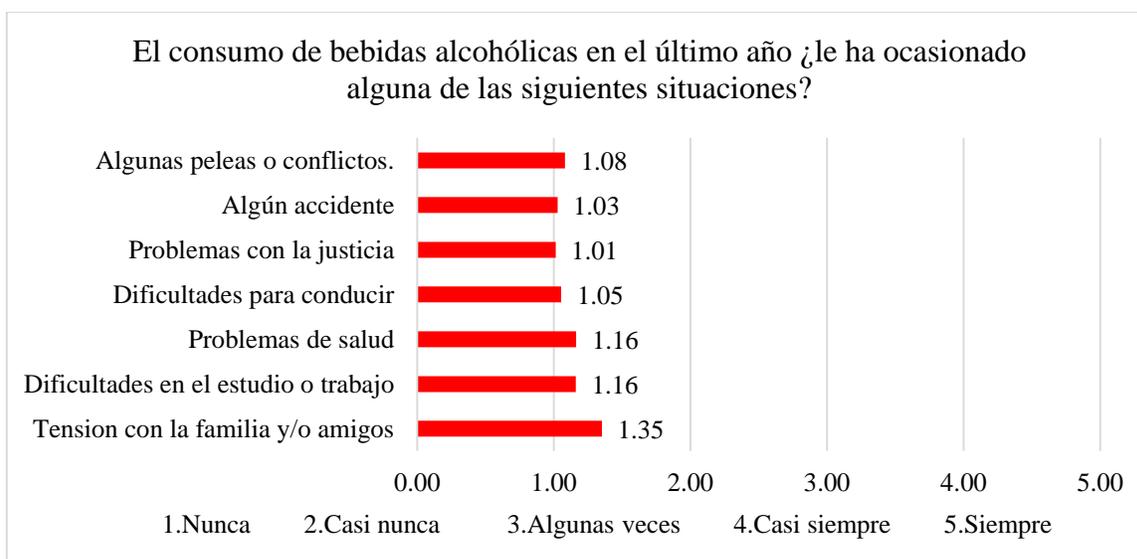


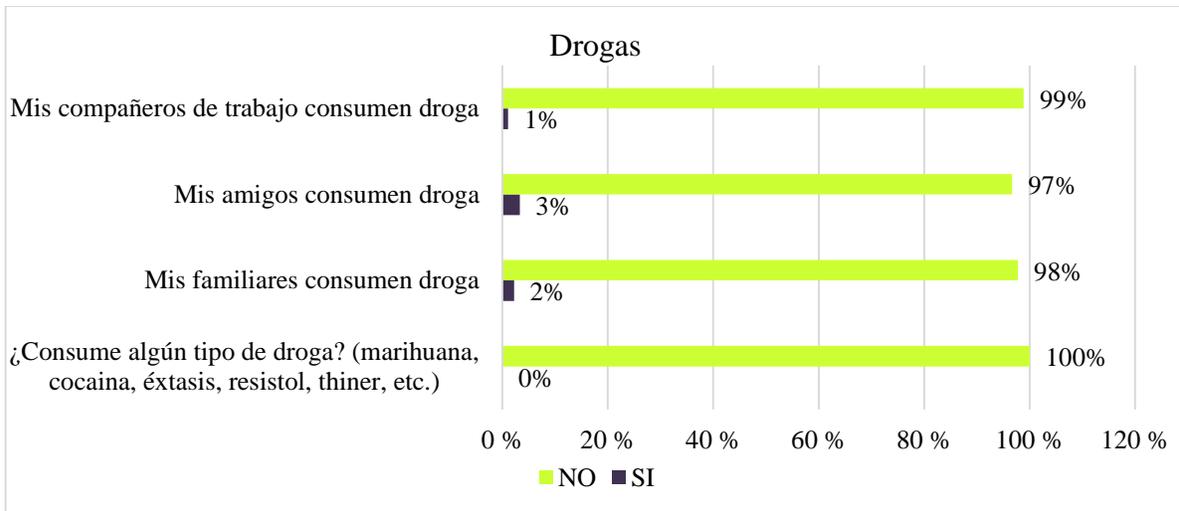
Figura 11. Consumo de bebidas alcohólicas.

Con referencia a las Situaciones originadas por el consumo de alcohol, la figura 12 muestra que la percepción de los trabajadores es que su consumo de alcohol no les genera situaciones como peleas o conflictos, algún accidente, problemas con la justicia, dificultades para conducir, problemas de salud, dificultades en el estudio o trabajo y tensión con la familia y/o amigos.



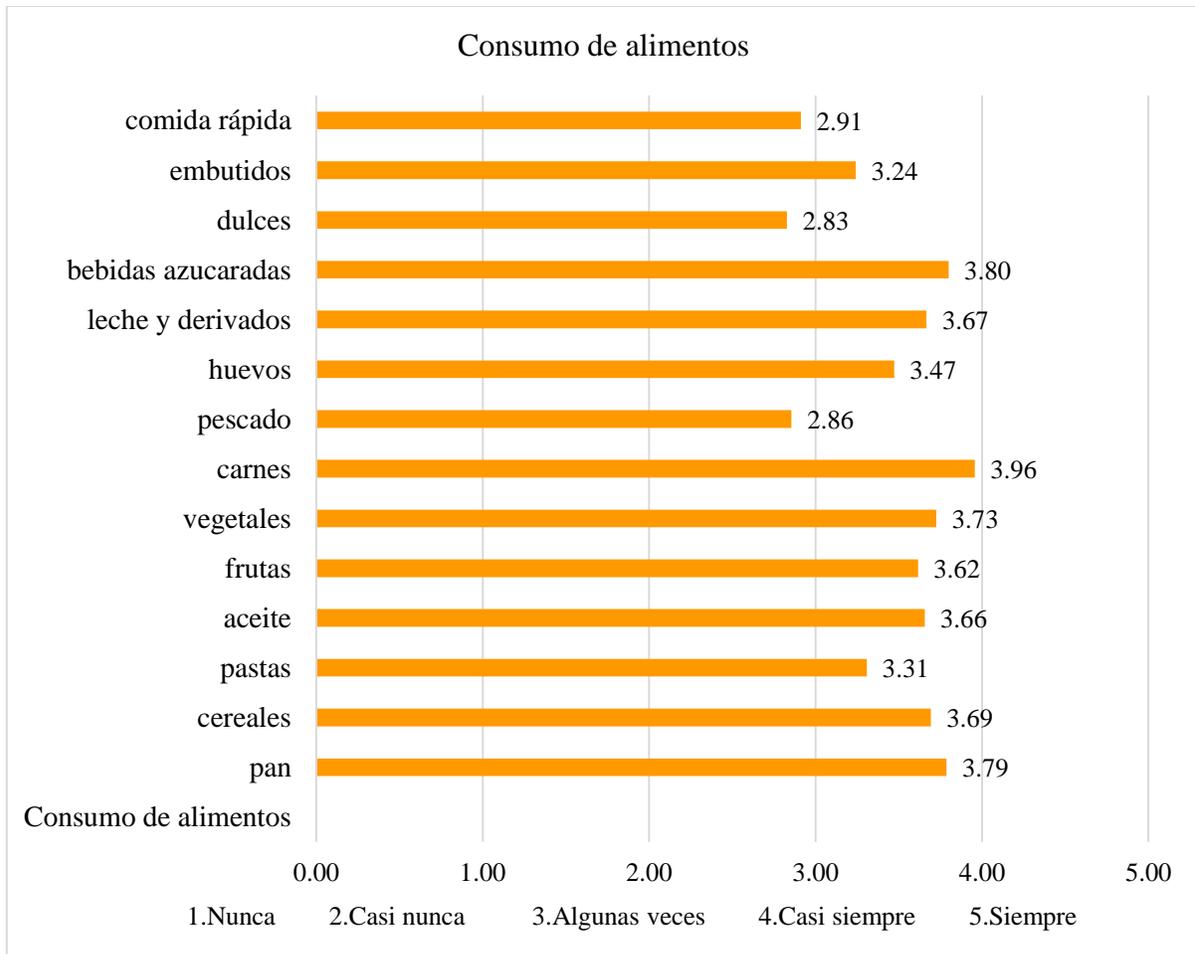
*Figura 12.* Situaciones originadas por el consumo de alcohol.

En cuanto al Consumo de algún tipo de droga, se puede observar en la figura 13 que el 100% de los trabajadores dijo no consumir ninguna droga. Solo el 2% contestó que sus familiares consumen algún tipo de droga, el 3% dijo que sus amigos consumen algún tipo de droga y el 1% afirmó que sus compañeros de trabajo consumen algún tipo de droga.



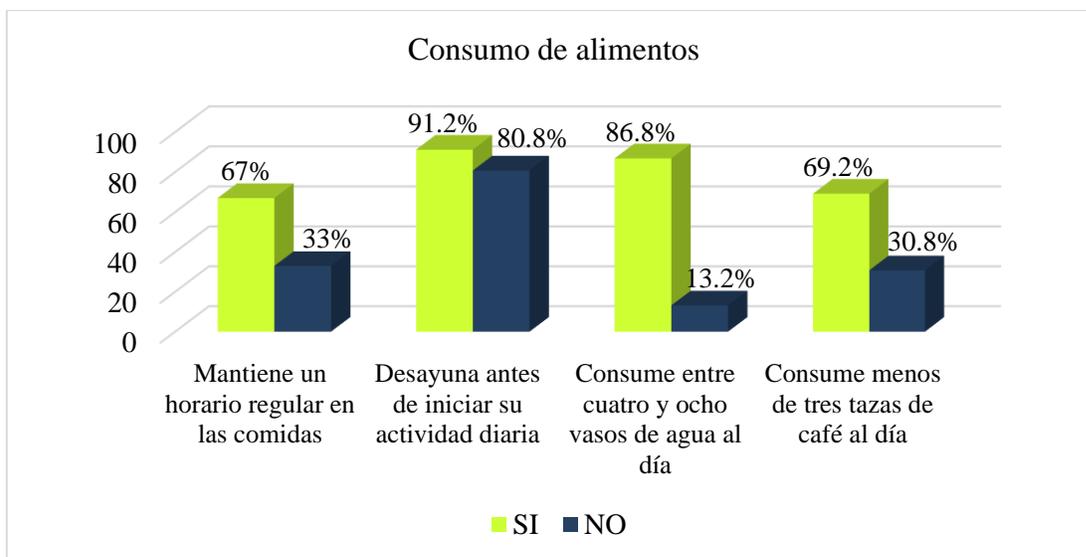
*Figura 13.* Consumo de algún tipo de droga.

Como nos muestra la figura 14, correspondiente a la frecuencia de consumo de alimentos los trabajadores, los trabajadores consumen todo tipo de alimentos incluido el consumo de carnes, bebidas azucaradas, pan, vegetales, leche y derivados, cereales, aceites y frutas principalmente.



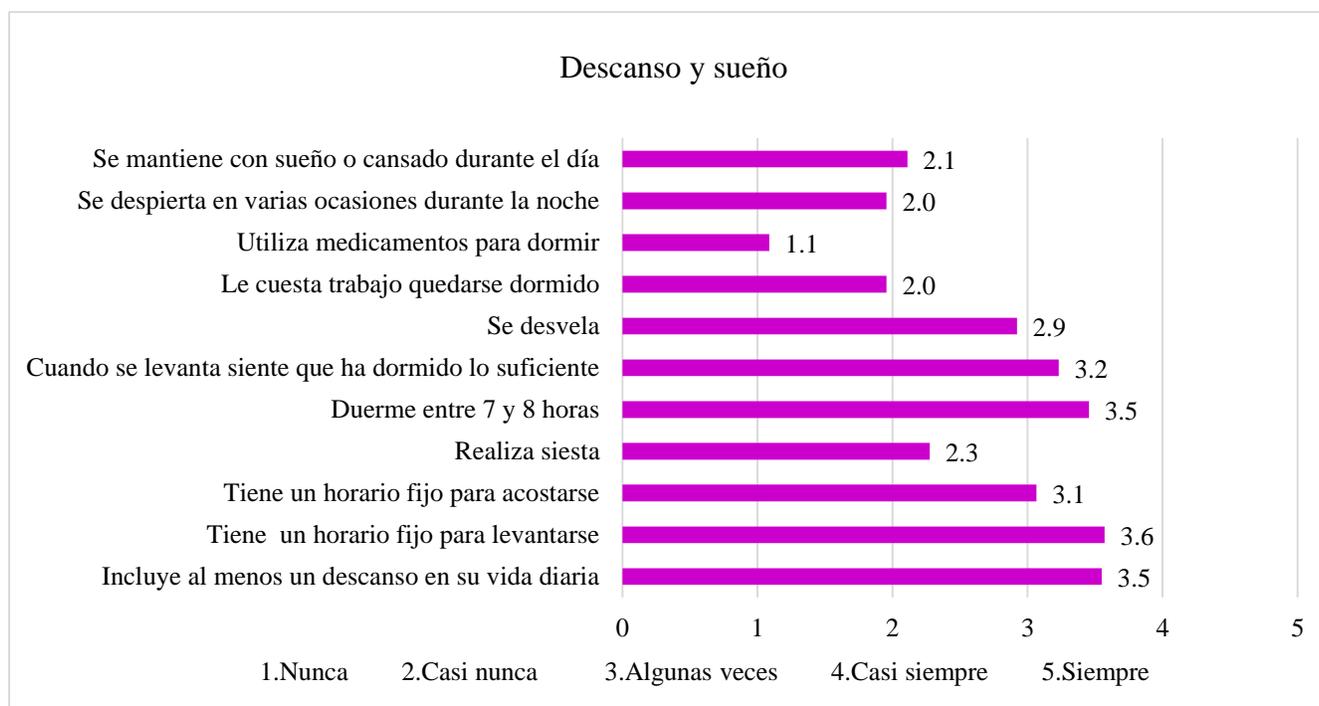
*Figura 14.* Frecuencia de consumo de alimentos.

La figura 15 muestra que el 67% de los trabajadores mantiene un horario regular en sus comidas, el 91.2% afirma desayunar antes de iniciar su actividad diaria, el 86.8% indicó que consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día y el 69.2% señaló que consume menos de tres tazas de café al día.



*Figura 15.* Consumo de alimentos

Finalmente, en cuanto a la variable Descanso y Sueño, se observa que los trabajadores incluyen al menos un descanso en su vida diaria, tienen un horario fijo para levantarse y acostarse, duermen entre 7 y 8 horas y perciben que duermen lo suficiente generalmente. Además de que casi nunca se desvela o le cuesta quedarse dormido y casi nunca se despierta en varias ocasiones por la noche. Por otro lado, reportan que no utilizan medicamentos para dormir. Casi nunca suelen percibirse cansados durante el día ni despertarse durante la noche ni experimentar dificultad para dormir ni desvelarse.



*Figura 16.* Descanso y sueño.

Toda la información anterior, fue presentada a los trabajadores del área operativa de la organización, para que identificaran sus áreas de fortaleza y oportunidad y al mismo tiempo comentaran sus opiniones al respecto, ya que como menciona Guízar (2013) se debe retroalimentar al personal con los resultados derivados, pues de no ser así, en lo sucesivo, cuando se requiera o deseen aplicar otras encuestas, se producirá un rechazo a contestarlas, ya que se habrá percibido que las respuestas vertidas no son relevantes para la organización.

Como podemos observar en la información presentada, existen fortalezas y áreas de oportunidad en los comportamientos que perciben los trabajadores de esta organización. Por lo que es de vital importancia la retroalimentación ya que es una forma de ayudar a otra persona a que piense en realizar un cambio en su conducta. Es de hecho, comunicación dirigida a una

persona que le da información a ésta acerca de algunos aspectos de su conducta y sus efectos.

(Lewicki, Bowen, Hall, y Hall, 1993).

### **Capítulo 3. Programa de intervención**

Recordando el modelo para el cambio planeado de Faria Mello (2013), presentado anteriormente, este capítulo abordará la descripción de la etapa de Planeación de “intervenciones” así como la etapa de Acción, que es la implementación del programa de intervención que se presenta en este apartado.

Para el desarrollo del programa de intervención, se inició determinando el objetivo general y los objetivos específicos para después mediante la técnica de tormenta de ideas recoger las propuestas de acción de los trabajadores operativos, presentarlas a la dirección para su análisis y una vez autorizadas, desarrollarlas, tal como se presenta enseguida.

#### *3.1. Objetivos*

A continuación, se presentan el objetivo general, así como los objetivos específicos de la intervención.

##### *3.1.1. Objetivo general*

Generar, mediante la participación conjunta de los trabajadores del área operativa, propuestas de acción a partir de las áreas de oportunidad detectadas en el diagnóstico realizado, las cuales permitan promover los hábitos de vida saludable a fin de que los participantes tomen conciencia de los mismos y aprovechen los recursos que la organización les brinda.

### *3.2.2. Objetivos específicos*

- Formular un plan de acción por cada dimensión de vida saludable de los trabajadores del área operativa (Deportes y actividades al aire libre, Conducta saludable, Salud y trabajo, Alcohol, Drogas, Consumo de alimentos, Descanso y sueño).
- Implementar los planes de acción más pertinentes y relevantes mediante la promoción de los mismos.

### *3.3. Propuestas de acción*

A continuación se describe la técnica y el proceso que se empleó para obtener las propuestas de acción.

#### *3.3.1. Técnica de tormenta de ideas*

Después de presentar los resultados del diagnóstico tanto al área operativa como directiva, se realizó una sesión donde se utilizó la técnica de tormenta de ideas. La cual se eligió debido a que esta actividad está diseñada para generar ideas creativas sobre cualquier tema como introducción para llevar a cabo un proceso de cambio. Y se empleó para que los trabajadores dieran planes de acción para trabajar aquellas áreas de oportunidad obtenidas del diagnóstico, ya que esta técnica se emplea con grupos interactivos para motivar el flujo libre de ideas (Zarco, Rodríguez, Martín y Díaz, 2008).

Las sesiones se hicieron por grupos de entre 16 y 25 trabajadores por semana. Al inicio de la sesión, se les explicó a los trabajadores que el objetivo de contar con su participación era para que se involucraran en dar opciones para llevar a cabo el cambio en sus hábitos de vida

con mayor facilidad y compromiso. La dinámica que se siguió consistió en dividir el grupo en siete equipos de entre 3 y 4 personas, para que dieran ideas respecto a un hábito en específico.

Estas propuestas se agruparon y ordenaron por frecuencia de repetición quedando de la siguiente manera:

Tabla 5

*Propuestas de acción resultantes de la tormenta de ideas*

<b>Hábito trabajado</b>	<b>Propuesta de acción por equipos</b>
Deportes y actividades al aire libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variedad en los deportes que se realizan en la organización.</li> <li>Activación física cada día de capacitación</li> <li>Realización de recreaciones familiares</li> <li>Concretar el proyecto de un gimnasio</li> <li>Mayor integración del personal mediante juegos deportivos</li> </ul>
Conducta saludable	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tener un gimnasio en planta</li> <li>Alimentos saludables con precios accesibles</li> <li>Variedad en los alimentos</li> <li>Hacer deporte</li> <li>Vender alimentos saludables en la empresa</li> <li>Activación física grupal</li> <li>Incremento laboral para adquirir alimentos saludables</li> <li>Realizar revisiones dentales a los empleados dentro de la empresa</li> <li>Otorgar subsidio para acudir a la realización de revisiones dentales</li> </ul>
Salud Física y Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rotar el trabajo</li> <li>Implementar medidas para evitar riesgos de trabajo por fatiga, sofocamiento y deshidratación</li> <li>Respetar horario de trabajo</li> <li>Concientización de Coordinadores de seguridad</li> <li>Eficientización de herramientas de trabajo</li> <li>Alargar el tiempo de comida</li> </ul>
Salud Mental y Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar incentivos económicos</li> <li>Otorgar reconocimiento al personal</li> <li>Promoción laboral</li> <li>Solución de problemas</li> <li>Ampliar días de descanso</li> <li>Mayor apertura en la información</li> <li>Cambiar horario de entrada</li> </ul>

	Mejorar ambiente físico de trabajo
	Elaboración de un plan de trabajo para evitar carga laboral
	Equidad económica
Alcohol	Pláticas acerca del consumo de alcohol
	Ser responsable uno mismo en su consumo de alcohol
	Otorgar incentivo por pasar el alcoholímetro de manera individual y no grupal
	Favorecer la recreación sobretodo familiar
	Hacer deporte
Drogas	Cursos de concientización e información del consumo de drogas
	Promover el deporte
	Realizar el antidoping de manera más constante
	Sensibilización acerca del tema
	Campañas de “no a las drogas”
	Recreaciones familiares y grupales
Consumo de alimentos	Venta de bebidas naturales en la empresa
	Precios accesibles en bebidas naturales dentro de la empresa
	Colocar más dispensadores de agua en las áreas de trabajo
	Habilitar comedor con mayor variedad
	Campañas de concientización sobre consumo excesivo de azúcar
	Variedad de alimentos dentro la cafetería
	Precios accesibles de los alimentos en la cafetería
	Planes nutricionales acordes a las actividades laborales
	Respetar horario de comida
	Desayunos ligeros
	Responsabilidad personal en elección de consumo saludable
	Máquinas en la empresa que faciliten el consumo de alimentos saludables
Descanso y sueño	Regresar al horario de 7 am a 3 pm (y no de 8 am a 4pm)
	Programar de manera más eficiente los turnos
	Alargar los días de descanso laboral
	Mejorar horario de comida al tercer turno
	Juntas de resultados menos prolongadas

---

Nota: elaboración propia.

Estos resultados se presentaron a los directivos y mandos medios antes que a los trabajadores operativos, debido a que eran ellos quienes se encargarían del análisis y aprobación de las mismas.

Cabe mencionar que no fue posible tomar en cuenta todas las sugerencias de los trabajadores ya que, muchos de las propuestas presentadas tenían su origen en situaciones muy

específicas y que implicaban recursos que en el momento no se encontraban al alcance. Por lo que se la organización indicó las áreas que podían ser trabajadas y en base a esto se hizo la propuesta que se puede observar en la tabla 6.

Tabla 6

*Propuesta de intervención*

Área a trabajar	Acciones	Responsable
Percepción de los trabajadores	Taller de sensibilización	Consultor en DO
Deportes y actividades al aire libre	Taller de concientización de la Salud (dirigido a los trabajadores y sus familias)	Gobierno del Estado
Salud Mental y Trabajo	Plática de Salud Mental en el trabajo	CISAME (Centro Integral de Salud Mental)
Conducta Saludable	Plática de Salud Bucal.	IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social)
Alcohol y Drogas	Cursos de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral	CAPA (Centro de Atención Primaria en Adicciones)
Consumo de alimentos	Plática de Actividad física y alimentos saludables/ Diabetes y Obesidad	MERCADIFTO Ayuntamiento de Mérida
Descanso y Sueño	Plática de Higiene del sueño	Facultad de Psicología de la UADY

Nota: elaboración propia.

En la tabla 6 como se puede observar se propuso trabajar las percepciones de los trabajadores mediante un taller de sensibilización elaborado en base a las fortalezas y áreas de

oportunidad obtenidas en el diagnóstico. Asimismo, se propuso que fuera la primera área a trabajar para que se pudiera tener un aprovechamiento más óptimo de los demás cursos y pláticas propuestas.

### *3.4. Taller de sensibilización*

El taller de sensibilización tuvo como objetivo que los participantes conocieran en qué consisten y cuál es el impacto de los hábitos de vida saludable en su vida personal, familiar y laboral, a través de técnicas lúdicas y vivenciales. El taller se impartió a cada grupo en una sesión de 60 minutos.

Como se había comentado anteriormente, uno de los factores para que se den cambios organizacionales es la disposición para el cambio. La disposición es “el precursor cognitivo de los comportamientos de resistencia o de respaldo hacia un esfuerzo de cambio” (French, Bell y Zawacki, 2007, p. 261).

En este caso, se presentó la promoción de hábitos de vida saludable, pero para que ésta fuera más efectiva se realizó un taller de sensibilización mediante el cual se dieran a conocer en qué consisten cada uno de éstos hábitos y de qué manera la persona, su trabajo y familia podían contribuir a la mejora de los mismos.

Tabla 7

*Carta descriptiva del taller de sensibilización*

<b>Taller de sensibilización en hábitos de vida saludable</b>			
<b>Objetivo del taller:</b> que los participantes conozcan el impacto de los hábitos de vida saludable en su vida personal, familiar y laboral, a través de técnicas lúdicas y vivenciales que facilitarán la introspección respecto a sus hábitos de vida saludable.			
<b>Dirigido a:</b> Empleados técnicos y de mantenimiento			
<b>Duración total:</b> 60 minutos			
<b>No. de participantes:</b> Grupo de 25, Grupo de 20, Grupo de 19, Grupo de 20 y Grupo de 30.			
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Recursos</b>
Ejercicio de respiración	3 min	Se les pide a los participantes que se pongan de pie para hacer un ejercicio de cómo respirar de manera adecuada para oxigenar el cuerpo. Es también el ejercicio de iniciación para empezar el taller.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reloj</li> <li>• Participantes</li> <li>• Instructor</li> </ul>
Bienvenida y objetivo	2 min	El consultor tomará la palabra para iniciar agradeciendo la asistencia y cooperación de los participantes. Posteriormente se les dará a conocer el objetivo del taller y que al finalizar se tomarán fotos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reloj</li> <li>• Lap, usb y cañón</li> <li>• Diapositivas</li> </ul>
Explicación de los temas	30 min	El consultor expondrá mediante ejemplos prácticos en qué consisten los siete hábitos de salud que se han estado manejando y cuáles son las consecuencias en los distintos ámbitos de su vida. Esto se hará mediante imágenes y videos de concientización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reloj</li> <li>• Lap, usb y cañón</li> <li>• Diapositivas</li> </ul>
Ejercicio de Auto-Reflexión	20 min	El consultor proporcionará a cada participante una copia del ejercicio de auto-reflexión en donde está escrito ¿de qué manera tú mismo, tu familia y tu empresa pueden ayudarte a mejorar tus hábitos de vida saludable? Este ejercicio es individual y se les pondrá una música que facilita la relajación e introspección.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copias del formato de la lista.</li> <li>• Bolígrafos</li> </ul>
Contestar encuesta	3 min	El consultor entregará a los participantes esta encuesta explicándoles que es para conocer su grado de satisfacción respecto al taller e ir mejorándolo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuestas</li> <li>• Bolígrafos</li> </ul>

Firmar asistencia	2 min	El consultor pasará las hojas de control y solicitarán a los participantes que firmen su asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas de control</li> <li>• Bolígrafos</li> </ul>
-------------------	-------	--	--

Nota: elaboración propia.

En este taller de sensibilización se explicó qué son los hábitos saludables, cómo pueden mejorarse y como la familia y el trabajo pueden ayudar a mejorarlos. Igualmente se explicó en qué consiste cada uno de ellos, el impacto en la salud y el bienestar dentro y fuera del trabajo, así como algunas estadísticas a nivel nacional, ya que en el diagnóstico anteriormente realizado se dieron comentarios y dudas con respecto a qué eran los hábitos de vida saludable y porqué eran de importancia en la familia y dentro de los centros de trabajo.

Se utilizó material audio-visual para demostrar las experiencias de personas en cuanto a conductas negativas y un ejercicio de auto-reflexión para generar introspección en cada uno de los trabajadores.

### 3.5. Cursos impartidos por organizaciones externas

Una vez que se impartió el taller de sensibilización a todos los grupos, se procedió a la gestión de los cursos propuestos. Sin embargo, se impartieron únicamente dos cursos, debido a cuestiones de tiempo por parte de la empresa:

Tabla 8

#### *Cursos impartidos por organizaciones externas*

Área a trabajar	Acciones	Responsable	Duración
-----------------	----------	-------------	----------

---

Salud Mental y Trabajo	Plática de Salud Mental en el trabajo	CISAME (Centro Integral de Salud Mental)	60 minutos
Alcohol y Drogas	Curso de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral	CAPA (Centro de Atención Primaria en Adicciones)	90 minutos

---

Nota: elaboración propia

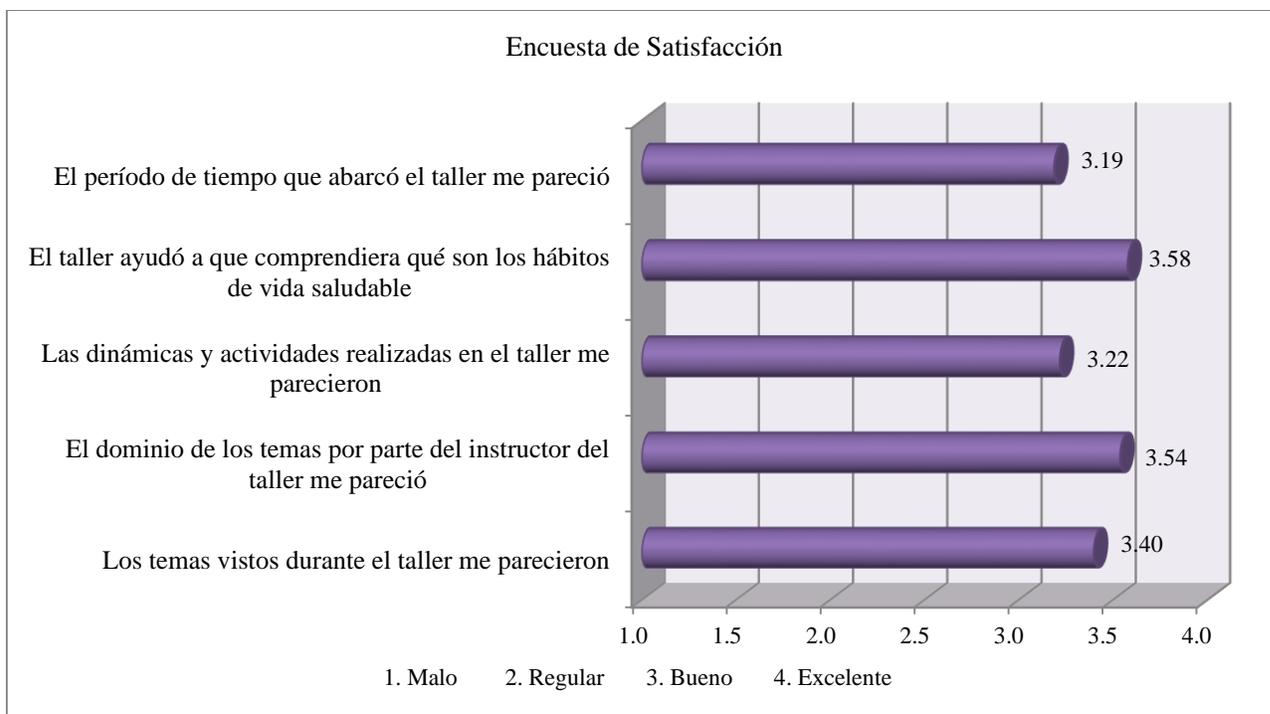
Ambos cursos, fueron impartidos dentro la organización, por psicólogos expertos en el tema, mediante el uso de presentaciones y material audio-visual. Asimismo realizaron dinámicas que no solo permitieron a los trabajadores participar de manera activa sino expresar sus situaciones en el trabajo relativas al tema abordado en el curso.

## **Capítulo 4. Resultados de la Intervención**

Este apartado corresponde a la etapa de Acompañamiento y Evaluación del modelo para el cambio planeado de Faria Mello (2013), en el cual se evaluó los resultados obtenidos del taller de sensibilización impartido, así como los resultados obtenidos del proyecto de intervención en general.

Como se explicó anteriormente en el apartado correspondiente a técnicas utilizadas, se usó la encuesta de retroalimentación: una para medir la satisfacción de los trabajadores en cuanto al taller de sensibilización y otra para la evaluación del proyecto en general.

El resultado del taller de sensibilización se midió a través de una encuesta de satisfacción, la cual permitió conocer entre otros aspectos, que tan conformes estaban los trabajadores con respecto a la impartición del taller.



*Figura 17.* Resultados de la encuesta de satisfacción del taller de sensibilización.

Como se puede observar en la figura 17, los resultados muestran que en una escala de 1 al 4, los trabajadores consideran que el periodo de tiempo que abarcó el taller fue bueno (3.19); que el taller les ayudó a que comprendieran qué son los hábitos de vida saludable (3.58); que las dinámicas y actividades que se realizaron fueron también buenas (3.22); que el dominio de los temas por parte del instructor del taller fue bueno (3.54) y que los temas vistos durante el taller fueron buenos (3.4).

Entre los comentarios y sugerencias recogidos en la encuesta de satisfacción se encuentran los siguientes:

- “Están bien sus temas y actividades, sólo si se agregaran más videos para que la gente estuviera más metida en el tema y le entiendas mejor con ejemplos”.

- “Llamar la atención con videos o apoyo visual. Preparar mejores dinámicas para el grupo”.
- “Muy buen taller, el expositor dominaban el tema. Se muestra interés y respeto sobre el taller. Hablan de puntos muy importantes”
- “Un pequeño manual para poder repasar el tema con la familia. Es muy interesante que lo sepan nuestros hijos”.
- “Involucrar activamente a todo el personal incluyendo de confianza, coordinadores y gerentes”
- “El tema compartido fue muy bueno para tomar conciencia y mejorar nuestro nivel de vida personal”
- “Es muy buen tema. La reflexión igual. Que se preocupen por la salud de los empleados”.
- “Esto te lleva a reflexionar en muchas cosas de tu vida y la vida diaria”.
- “Son muy buenas estas pláticas porque nos ayudan a aumentar nuestra autoestima y reflexionar sobre nuestra salud”.
- “Aumentar el tiempo de la plática, fue muy rápida la plática”
- “Dar más tiempo al curso porque es un tema de salud”.
- “Un poco más de participación y el tiempo es corto y muchas cosas se hacen a prisa”.

#### *4.1. Evaluación (Efectos y/o proceso)*

Se realizó una evaluación general del proyecto. Los resultados de la misma se muestran en la siguiente gráfica.

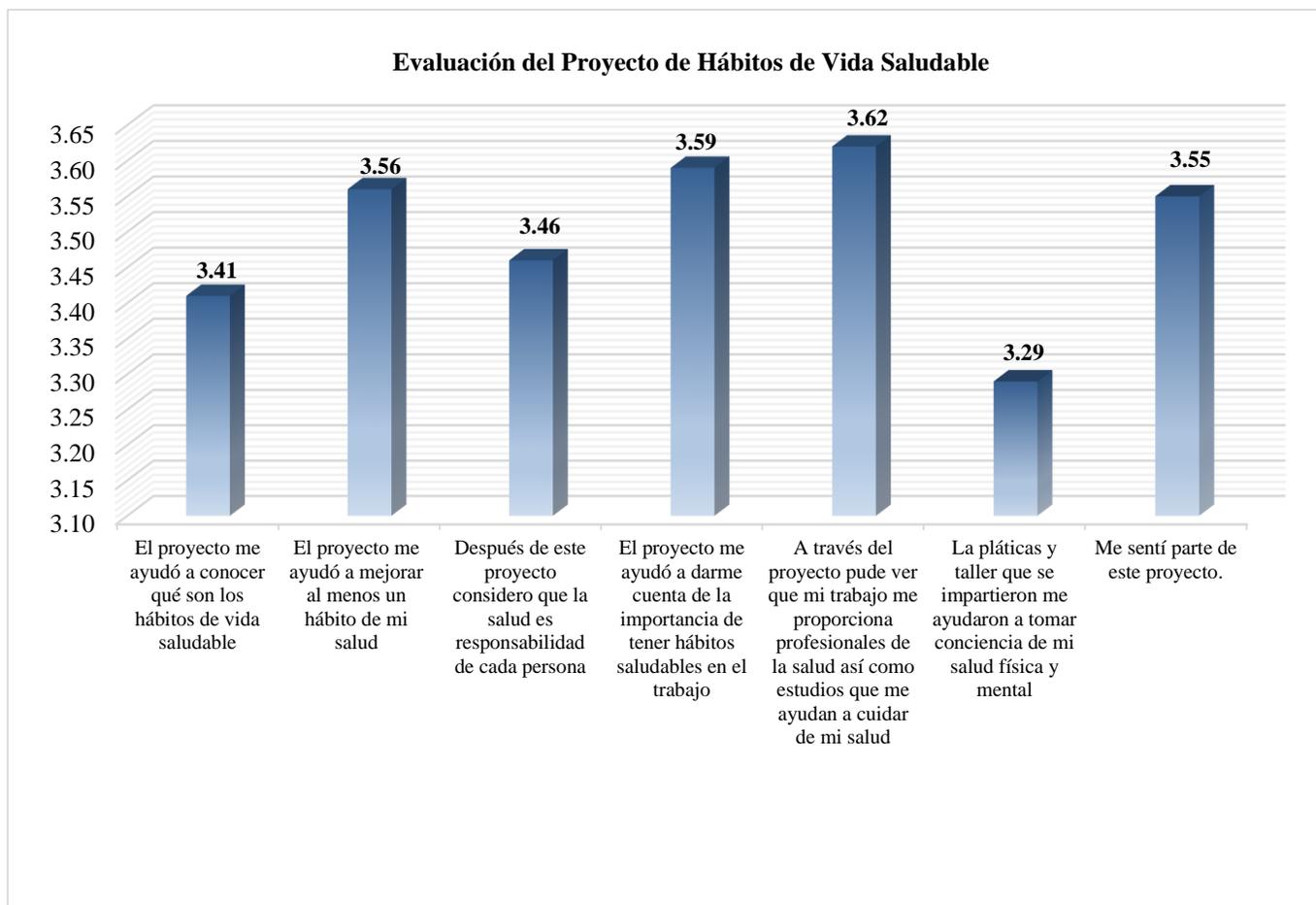


Figura 18. Evaluación del proyecto de hábitos de vida saludable.

La figura 18, nos muestra que los trabajadores estuvieron de acuerdo en que el proyecto les ayudó a conocer qué son los hábitos de vida saludable; les ayudó a mejorar al menos un hábito de su salud (deportes y actividades al aire libre, conducta saludable, salud y trabajo, alcohol, drogas, consumo de alimentos y descanso y sueño); están de acuerdo en que después de este proyecto consideran que la salud es responsabilidad de cada persona; que el proyecto les ayudó a darse cuenta de la importancia de tener hábitos saludables en el trabajo; al igual que a través del mismo pudieron ver que su trabajo les proporciona profesionales de la salud así como estudios que les ayudan a cuidar de su salud. De igual modo, están de acuerdo

en que las pláticas y taller que se impartieron les ayudaron a tomar conciencia de su salud física y mental y, por último, están de acuerdo en que se sintieron parte de este proyecto.

Entre las respuestas recogidas en la evaluación en relación a la pregunta abierta: *Para ti, ¿qué fue lo más significativo de este proyecto de hábitos de vida saludable?*, podemos encontrar las siguientes:

- “Tener un balance entre trabajo y salud”
- “Cambiar algunos hábitos”
- “Comprender causas y efectos para poder evitarlos”
- “Me hizo tomar conciencia sobre la vida saludable que se debe tener”
- “Que nos hace tener conciencia sobre la salud mental”
- “Aprender nuevas cosas sobre los hábitos”
- “Aprender que es la salud mental y como aplicaría en el trabajo día a día”
- “Conocer otros aspectos que incluyen mi salud”
- “Conocer y aplicar para ayudarnos y poder ayudar a otras personas y poder dar testimonio del mismo”
- “El saber que los hábitos son los que perjudican mi salud”
- “La información ya que aclara qué son los hábitos y formas de cuidarse”.
- “Aprender cuánto vale nuestra salud día a día”
- “Reconocer que existe la salud mental y aprender a cómo manejar el estrés”.
- “Qué bueno que se dan este tipo de cursos ya que muchas veces se ignoran todos los problemas que afrontamos por parte del patrón”
- “La creación de un hábito en cualquier sentido de trabajo y salud”
- “Que hay que tener tiempo para nosotros mismos y cuidarnos en mente y salud”

- “Descansar más seguido”
- “Hacer ejercicios al aire libre”
- “Aprendí sobre la importancia de mi salud, acudir en las campañas de (salud) y pláticas con respecto como debo cuidarme física y mentalmente”
- “La importancia del cuidado de la salud no sólo en la casa igual en el trabajo”
- “Me ayudó que mejorar tanto mi salud como mi conducta”
- “Que nos orientan a tener buenos hábitos”

## Capítulo 5. Discusión y conclusiones

### 5.1. Discusión

El objetivo central de este estudio fue la evaluación de las percepciones de los trabajadores de una empresa productora de materiales de construcción en cuanto a sus hábitos de vida saludable. Para ello se aplicó un instrumento que midiera estas percepciones a fin de establecer estrategias para trabajar los resultados obtenidos. Se resalta el hecho de que:

Se observa que un amplio porcentaje de los trabajadores (85.60%) ha asistido al médico en los últimos seis meses, lo cual puede deberse en gran parte, a que los trabajadores de la empresa cuentan con un médico de planta con quien deben hacerse estudios cada cuatro meses. El mismo caso se presenta en cuanto a la realización de exámenes médicos generales, colesterol, triglicéridos, glucemia y de urología, ya que también se les realizan cada cuatro o seis meses dentro de la empresa. Un porcentaje menor dice haber acudido al odontólogo en los últimos seis meses (69%), aunque en la organización no se cuenta con este especialista.

Por otro lado, dentro de la organización, y como área de oportunidad, el único deporte colectivo que se practica es el fútbol. En este sentido puede influir el hecho de que solo se tenga este deporte para practicar dentro de la empresa ya que cuentan con una cancha y ciertos torneos organizados. Asimismo, este deporte se realiza de manera inconsistente en la mayoría de los trabajadores. Esto puede guardar relación con la falta de coincidencia entre los horarios específicos para la práctica del deporte en la empresa y los días de descanso y turnos de los miembros de la organización.

En la sección de cuidado del cuerpo, se pudo observar que el 50.6% dice mantener el peso corporal de acuerdo a su talla, lo cual coincide con la ENSANUT 2016, en donde se les

preguntó a los individuos adultos cómo consideraban su peso corporal actual y prácticamente la mitad de la población (48.4%) se categorizó con sobrepeso.

Un tema a señalar es la percepción que los trabajadores tienen acerca de la relación entre salud y trabajo, ya que solo algunas veces los trabajadores perciben que su salud física se encuentra en riesgo, esto a pesar de desempeñar un trabajo operativo, bajo distintas condiciones de riesgo. De hecho, de acuerdo al informe “Yucatán en el contexto laboral nacional” en el año 2016, se registró ante el IMSS un total de 212 enfermedades derivadas del trabajo y 6,091 accidentes de trabajo, de los cuales el 72% corresponde al sexo masculino (Subsecretaría de empleo y productividad laboral, en Yucatán, 2012).

En la misma línea, los trabajadores perciben que su trabajo no afecta ni positiva ni negativamente su salud. Al respecto, diversas investigaciones han mostrado que medir la percepción personal de salud es útil como un indicador global de la población, ya que refleja elementos mucho más allá de la misma salud, como los aspectos psicosociales (Peñata, Berbesí y Segura, 2017).

Por otra parte, más de la mitad de los trabajadores consume algún tipo de bebida alcohólica, y a su vez, comentan que sus familiares, amigos y familiares de trabajo consumen alcohol, lo cual concuerda con los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) realizada en 2016-2017, los cuales indican que en México el consumo de alcohol es alto. En cuanto a la percepción de que su consumo de alcohol no les genera situaciones como peleas o conflictos, algún accidente, problemas con la justicia, dificultades para conducir, problemas de salud, dificultades en el estudio o trabajo y tensión con la familia y/o amigos, contrasta con los datos de la Encuesta que indican que el consumo de bebidas alcohólicas dificulta diversas áreas de la vida, como la social y la laboral.

En cuanto al consumo de cualquier droga, de drogas ilegales y de marihuana, se destaca el hecho de que el 100% de los trabajadores dijo no consumir ninguna droga. Esto coincide con los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) realizada en 2016-2017, los cuales indican que, en la población de 12 a 65 años, el consumo de drogas aun es bajo en comparación con otros países.

Los trabajadores consumen todo tipo de alimentos incluido el consumo de carnes, bebidas azucaradas, pan, vegetales, leche y derivados, cereales, aceites y frutas principalmente. Este resultado confirma lo encontrado por la ENSANUT 2016, en donde los grupos de alimentos con mayor porcentaje de consumo en adultos de 20 años o más fueron Bebidas no-lácteas endulzadas, Carnes no procesadas, Leguminosas y frutas, huevos y cereales.

En cuanto al hábito de descanso y sueño, los trabajadores contestaron que casi nunca se desvelan o les cuesta quedarse dormido y casi nunca se despiertan en varias ocasiones por la noche y de acuerdo a la ENSANUT 2016, la queja de insomnio (dificultad para dormir en las últimas 3 semanas por más de 3 días a la semana) afecta a 18.8% de la población, predominantemente en mujeres (recordemos que la población del estudio es masculina en su totalidad), por lo que este resultado viene a coincidir con estos datos.

Como se puede ver, los trabajadores cuentan con áreas tanto de oportunidad como de fortalezas, sin embargo, no obstante, hace falta trabajar en la promoción dentro de la organización a un nivel más profundo para proporcionar a los trabajadores opciones factibles para hacer una mejora en los hábitos de vida saludable, puesto que los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo son una inversión efectiva al potenciar los programas existentes de seguridad y salud en el trabajo manteniendo a los trabajadores en

saludables, lo cual ayudará a conservar su capacidad de trabajar y de seguir siendo miembros activos y productivos de la sociedad (OIT, 2012).

Por último, es preciso señalar la relevancia de realizar intervenciones en DO al ayudar a las organizaciones a sobrevivir en un mundo de cambios rápidos como los que se presentan en los individuos, el entorno, las organizaciones y los grupos. Aunado a que el campo del DO se extiende con rapidez y que se desarrollan nuevos enfoques, a la vez que se implantan más profundas y complejas investigaciones en múltiples áreas (Guízar, 2013).

## *5.2. Conclusiones*

La presente investigación permitió conocer un poco más sobre las percepciones que los trabajadores de una organización tienen con respecto a sus hábitos de vida saludable. Y a través de los resultados obtenidos se puede concluir que para lograr una mejora en la salud de las personas es necesario empezar conociendo la percepción que tienen acerca de la misma. Y que partiendo de aquí las acciones y esfuerzos que se hagan para promocionar hábitos que fortalezcan la salud podrán ser más productivos. Asimismo, se resalta que existen múltiples factores que intervienen en la formación de buenos hábitos de salud, y que es necesario considerarlos luego de haber logrado una concientización en la persona; factores tales como la familia, el trabajo y los recursos económicos pueden influir en llevar a la práctica aquellos hábitos que mejoren la calidad de vida de un individuo.

Por otra parte, este estudio permitió corroborar que para hacer intervenciones en salud dentro de las organizaciones, es preciso hacerlo mediante el Desarrollo organizacional, ya que por su enfoque sistémico y multidisciplinario permite al mismo tiempo la participación de

todos los miembros de la organización tanto de manera individual como grupal con la finalidad de lograr un mayor compromiso e involucramiento con el cambio que se pretende realizar o en la resolución de la problemática que se pretende resolver.

Finalmente y partiendo de la idea de que las organizaciones tienen la responsabilidad de fomentar el desarrollo integral de sus trabajadores, se vuelve indispensable trabajar en propuestas y alternativas que permitan aumentar la percepción positiva de los trabajadores en cuanto a la preocupación que la organización tiene respecto a su salud y bienestar integral, pues el hecho de dar inicio a la búsqueda de posibles soluciones a las necesidades percibidas en salud, demuestra la importancia y la atención que la organización brinda a sus trabajadores.

### *5.3. Limitaciones y sugerencias del estudio*

Si bien, la presente investigación tuvo distintas contribuciones explicadas en el apartado anterior, también tuvo ciertas limitaciones, entre las cuales se puede encontrar:

El tiempo limitado tanto para realizar las sesiones de intervención como para implementar las acciones correspondientes al proyecto. Ya que el tiempo para hacer una intervención en los hábitos de vida saludable implica acciones más duraderas y debido a que se realizó con el enfoque de desarrollo organizacional, el cual implica la participación de los miembros de la organización, el tiempo y disponibilidad de los miembros de la organización es una pieza clave para lograr cambios significativos y duraderos.

Otra de las limitaciones tiene relación con la interdisciplinariedad tanto de las intervenciones en hábitos de vida saludable como del desarrollo organizacional. Ya que, las propuestas de acción para hacer este cambio de percepciones en hábitos de vida saludable

requería también del apoyo de otras disciplinas. Por lo tanto, se sugiere tomar en cuenta este punto, ya que el consultor en desarrollo organizacional no requiere ser un experto en todas las áreas de conocimiento pero si debe considerar el requerimiento de otras disciplinas tanto de fuera como dentro de la empresa donde realiza la intervención.

Por último, se sugiere que para este tipo de intervenciones en desarrollo organizacional se tome en cuenta el involucramiento de la dirección y mandos medios, ya que son el punto de partida para iniciar cualquier proyecto y para poder ejercerlo es preciso que se mantenga este involucramiento durante el tiempo que dure el proyecto. Los mandos medios ejercen un papel muy importante para la toma de decisiones de la dirección y la dirección es el nivel más alto desde donde irá descendiendo el ejemplo de involucramiento y esfuerzo para lograr el cambio planeado hacia todos los demás integrantes de la organización.

## Referencias

- Agudelo, S., Giraldo, A. y Romero, V. (2012). Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. *Rev. Salud pública*. 14 (6): 899-911.
- Amigo, I. (2014). *Manual de psicología de la salud*. 2ª ed. Madrid: Pirámide
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. 2ª. ed. Madrid: Pirámide.
- Armengou, L. y López, E. (2006). Percepción del riesgo, actitudes y conducta segura de los agentes implicados en los accidentes laborales. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 28, pp. 42. Recurado de: [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2527/mod\\_resource/content/1/curso\\_2009/Modulo\\_4/m4-lp-estrategias-NietoTomasina\\_borrador\\_.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2527/mod_resource/content/1/curso_2009/Modulo_4/m4-lp-estrategias-NietoTomasina_borrador_.pdf)
- Arroyo, H., Cerqueira, M. (1997). La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial. *Salud pública de México*. Vol.40, Núm.3. 304-306. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n3/304-306/es>
- Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición (2017). *Empresas líderes en el sector de alimentos y bebidas se comprometen con la salud de los mexicanos*. Recuperado de: <http://www.ammfen.mx/biblioteca/noticias/39/empresas-lideres-en-el-sector-de-alimentos-y-bebidas-se-comprometen-con-la-salud-de-los-mexicanos>
- Audirac, C. (2007). *Desarrollo organizacional y consultoría*. México: Trillas.

- Audirac, C., de León, V., Domínguez, A., López, M. y Puerta, L. (2002). *ABC del desarrollo organizacional*. 6ta reimpresión. México: Editorial Trillas, S.A. de C.V.
- Basurto, S. y Vergara, I. (2011). *Estrategias y herramientas de promoción de la salud*. Elsevier España, S.L. Recuperado de: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.4.1.pdf>
- Beyeler, N., González, E., Alleyne, G., Barraza, M., Frenk, J., Pablos, A., Pérez, R., Regalia, F., Sepúlveda, J., Jamison, D. y Yamey, G. (2015). Salud global 2035: implicaciones para México. *Salud pública de México*. 57, 5
- Botero, J., Puerta, E., Lumertz, J., Sonaglio, R., Melo, R. y Rocha, C. (2016). Perspectivas teóricoprácticas sobre promoción de la salud en Colombia, Cuba y Costa Rica: revisión integrativa. *Hacia promoci. Salud*. 21(2), 59-73. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.2.5
- Calixto, R. y Herrera, L. (2010). Estudio sobre las percepciones y la educación ambiental. *Tiempo de Educar*, 11. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31121072004>
- Chávez, J., Trujillo, H., Bonifaz, I., Sánchez, J. y Ballesteros, C. (2018). Diagnóstico del nivel de actividad física en los trabajadores de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Su importancia para la promoción y educación para la salud. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2, 34. Recuperado de: <http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>
- Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud. (2001). *Salud Pública Educ Salud; 1 (1): 19-22*. Recuperado de: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>

- Consejo Superior de Deportes y UNICEF España. (2010). *Guía para la práctica deportiva. Deporte para un mundo mejor.*
- Cortés, E., Ramírez, M., Olvera, J. y Arriaga, Y. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 78-88.  
Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-339X2009000100009&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100009&lng=pt&tlng=es).
- De Faria, F. (2000). *Desarrollo organizacional: enfoque integral*. México: Limusa. S.A. de C.V.
- Desarrollo Humano Integral. (2008). *Conductas y estilos de vida Influyen en la salud. Resumen: La importancia de los hábitos saludables*. Equipo de Investigación DHI.
- Díaz, M., Tovar, M. y Torres, A. (2015). Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales en Chía, Cundinamarca. *PEDIATR.; 48 (1) : 15-20*
- Douglas, F., Van, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A. y Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *J advNurs*, 55(2), 159-168.
- Duque, J., García, M., Azuero, A. (2014). Responsabilidad social desde las percepciones de los trabajadores en una empresa vallecaucana del sector de clase mundial cosméticos y productos de aseo. *Pensamiento y gestión*, 36, 56-106. doi:  
<http://dx.doi.org/10.14482/pege.36.5566>
- Dura Trave, T. y Castroviejo Gandarias, A. (2011). Adherence to a Mediterranean diet in a college population. *NutrHosp*, 26 (3), 602-608.

- Eslava, J. (2006). Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. Salud pública. 8 (2), 106-115*. Recuperado de:  
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2006.v8suppl2/106-115/>
- French, W., Bell, C. y Zawacki. (2007). *Desarrollo organizacional. Transformación y administración del cambio*. 6ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Frenk, J y Gómez, O. (2016). ¿Atención a la salud o la enfermedad? Restableciendo el equilibrio. *Salud Pública Mex*; 58: 84-88. doi:  
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i1.7673>
- García, J., García, C. y Vaca, M. (2014). Variables involucradas en la práctica individual y colectiva de hábitos saludables. *Rev. Salud pública. 16 (5): 719-732*
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública México, 53*. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017)
- González, K., Carvajal, M., Cerón, G. y López, D. (2016). Modelado de un sistema consciente del contexto para soportar intervenciones en actividad física y nutrición saludable. *Revista Ingenierías Universidad de Medellín, 15, (28), 173-196*. Recuperado de:  
<http://revistas.udem.edu.co/index.php/ingenierias/article/view/1070/0>
- Guízar, R. (2013). *Desarrollo organizacional Principios y aplicaciones*. 4ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Guízar, R. (2013). *Desarrollo Organizacional. Principios y aplicaciones*. 4ª ed. México:

Mcgraw-Hill/Interamericana editores, S.A. de C.V.

Gutiérrez, M. y Magaña, M. (2017). Migración e influencia urbana en el consumo de

alimentos en dos comunidades Mayas de Yucatán. *Revista de Alimentación*

*Contemporánea y Desarrollo regional*. 27, 50. DOI:

<http://dx.doi.org/10.24836/es.v27i50.429>

Henao, F. (2010). *Salud ocupacional: conceptos básicos*. 2ª Ed. Bogotá: Ecoe Ediciones.

Hermosa AM, Perilla LE. Retos investigativos en psicología de la salud ocupacional: el estrés

laboral. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2015, 3(2): 252-261. DOI:

10.17533/udea.rfnsp.v33n2a12

Hernández, E., Grau, J. (2005) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*.

Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, 33-84.

Hernández, J., Gallarzo, H. y Espinoza, J. (2011). *Desarrollo organizacional: enfoque*

*latinoamericano*. México: Pearson.

Instituto de Salud Pública de Chile. (s, f). *Promoción de salud en el ámbito laboral*.

Recuperado de:

[http://www.ispch.cl/sites/default/files/Nota\\_Tecnica\\_N\\_33\\_Promocion\\_de\\_Salud\\_en\\_el\\_Ambito\\_Laboral.pdf](http://www.ispch.cl/sites/default/files/Nota_Tecnica_N_33_Promocion_de_Salud_en_el_Ambito_Laboral.pdf)

Instituto de Seguridad y Salud Laboral. (2011). *Síndrome de apnea obstructiva del sueño y*

*trabajo. Ficha divulgativa. Fd-62*. Recuperado de:

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=160&IDTIPO=140&RASTRO=c\\$m120,128](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=160&IDTIPO=140&RASTRO=c$m120,128)

Instituto del Sueño. (2017). Recuperado de: <http://www.iis.es/sindrome-de-apnea-del-sueno-obstructiva-sintomas-consecuencias/>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, Reporte de Alcohol*. México: INPRFM. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, Reporte de Tabaco*. México: INPRFM. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, Reporte de Drogas*. México: INPRFM. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, Informe final de resultados*. Recuperado de: <https://www.insp.mx/avisos/4576-resultados-ensanut-mc-2016.html>

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). *El impuesto a bebidas azucaradas se asoció con un incremento de compras de agua y una reducción en las compras de bebidas azucaradas*. Recuperado de: <https://www.insp.mx/avisos/4479-impuesto-bebidas-azucaradas-17>
- Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. (2015). *El trabajo por turnos en lenguaje sencillo*. Recuperado de: [https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/97-145\\_sp/](https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/97-145_sp/)
- International Labour Office. (2014). *Improving health in the workplace: ILO's framework for action*. Recuperado de: [http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS\\_329350/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_329350/lang--en/index.htm)
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Lewicki, R., Bowen, D., Hall, D., y Hall, F. (1993). *Desarrollo organizacional. Guía de capacitación*. México: Editorial Limusa, S.A. de C.V.
- Márquez, R., Beato, F. y Tormo, M. (2015). Hábitos de vida, de alimentación y evaluación nutricional en personal sanitario del hospital de Mérida. *NutrHosp.*; 31(4): 1763-1770. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238513042>
- Márquez, S., Rodríguez, J. y De Abajo, S. (2006). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. *Educación Física y Deportes*, 12-24.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de Educación; Instituto Nacional de Educación Tecnológica, Organización Internacional del Trabajo. (2014). *Salud y seguridad en el trabajo (SST). Aportes para una cultura de la prevención. 1a ed. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de*

*Educación; Instituto Nacional de Educación Tecnológica, Oficina de País de la OIT para la Argentina.*

National Heart, Lung, and Blood Institute. (2013). Sueño Saludable. *NIH Publication No. 13-7426S*.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2018). *What is OHP?*

Recuperado el 15 de Agosto de 2018 en: <http://www.cdc.gov/niosh/topics/ohp/#what>

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*. 2da. ed. México: Plaza y Valdés

Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26, 2.

Oblitas, L. (2017). *Psicología de la Salud*. 4ta ed. Cengage Learning

Oficina Internacional del Trabajo. (2012). *Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo*. Recuperado de:

[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms\\_203378.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203378.pdf)

Organización Internacional del Trabajo. (1998). *La lucha contra el consumo abusivo de drogas y alcohol en el lugar de trabajo*. Recuperado de:

[http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_008941/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008941/lang--es/index.htm)

Organización Internacional del Trabajo. (2018). *India: Luchar contra la tuberculosis en el lugar de trabajo*. Recuperado de: [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS\\_625159/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_625159/lang--es/index.htm)

Organización Internacional del Trabajo. (2018). *Promoción de la salud y el bienestar en el trabajo*. Recuperado de: <http://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/lang--es/index.htm>

Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]*. Recuperado de: [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2017). *Protección de la salud de los trabajadores*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Recuperado de: [www.who.int](http://www.who.int)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Actividad física. Centro de prensa. Nota descriptiva*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>

Organización Mundial de la salud. (2018). *Cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Día Mundial de la Salud, 7 de abril de 2018- Recursos*. Recuperado de: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/campaign-essentials/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (1996). *Promoción de la salud: una antología*.

Publicación científica No. 557

Peñata, C, Berbesí, D. y Segura Á. (2017). Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. *Hacia promoción de la salud*. 22 (1): 56-69.

DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.5

Pérez, R., García, L. y Hernández, M. (2018). Consejo breve antitabaco y sobre medicamentos para dejar de fumar: oportunidades perdidas en México en la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles. *Gaceta INSP*, 2, 36-37. Recuperado de:

<http://gaceta.insp.mx/?vol=3#vinculacion-salud-consejo-antitabaco>

Pichon, A., Reynales, L., Bardach A., Caporale J., Augustovski F., Alcaraz A., Caccavo F., Sáenz B., Muños J., Gallegos V., Hernández, E. (2013). *Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en México. Documento Técnico IECS N° 10*. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de:

[www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar)

Popkin, B. y Reardon, T. (2018). Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obesity Reviews* 19, 1028–1064. Recuperado de:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/obr.12694>

Pucheu, (2014). *Desarrollo y Eficacia Organizacional Cómo apoyar la creación de capacidades en individuos, grupos y organizaciones*. Chile: Ediciones Universidad Católica De Chile.

Rodríguez, R. y Galeano, M. (2017). Consumo de alcohol y cigarrillo en trabajadores de la construcción en Santander, Colombia. *Archivos de Medicina (Manizales)*; 17(1):111-0

Salanova, M. (2009). *Psicología de la salud ocupacional*. España: Editorial Síntesis S.A.

Santiago, V., Valencia, M., Reséndiz, M., Castaño, A., Cantú, C., García, G. (2014). *Día Mundial del Sueño*. Recuperado de:

<http://www.innsz.mx/descargas/cursos/DiaMundialSueno2014.pdf>

Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: ISBN 978-970-721-414-9

Secretaria de salud. (2008). 149. *Obesidad y sobrepeso requieren trabajo conjunto entre empresas e instituciones*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/149-obesidad-y-sobrepeso-requieren-trabajo-conjunto-entre-empresas-e-instituciones>

Secretaria de Salud. (2014). *Plan nacional de desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República*. Programa sectorial de la salud. Recuperado de:

[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial\\_salud.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf)

Secretaría de Salud. (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos*. Recuperado de:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_MEXICANOS\\_2015\\_S.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf)

Secretaria de salud. (2017). *Programa de acción específico. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica 2013-2018*. Versión electrónica. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-103749>

Secretaría de Salud. (2018). *Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2016*. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/salud/es/documentos/informes-sivepab-2016>

- Servicios de Salud de Yucatán. (2012). *Estrategia estatal para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. Recuperado de:  
[http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Estrategia\\_SODYucatan.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Estrategia_SODYucatan.pdf)
- Spector, P., y Pindek, S. (2016). The Future of Research Methods in Work and Occupational Health Psychology. *Applied psychology: an international review*, 2016, 65 (2), 412–431 doi: 10.1111/apps.12056
- Stephens, C. (2008). *Health Psychology. Series Editors: Sheila Payne and Sandra Horn. Health Promotion: A psychosocial approach*. McGraw Hill Open University Press.
- Subsecretaría de empleo y productividad laboral. (2016). *Yucatán en el contexto laboral nacional*. Recuperado de:  
[http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/conoce/areas\\_atencion/areas\\_atencion/web/pdf/perfiles/perfil%20yucatan.pdf](http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/conoce/areas_atencion/areas_atencion/web/pdf/perfiles/perfil%20yucatan.pdf)
- Taris, T. y Kompier, M. (2014). Cause and effect: Optimizing the designs of longitudinal studies in occupational health psychology. *Work & Stress*, 28, (1), 1–8.  
<http://dx.doi.org/10.1080/02678373.2014.878494>
- Torres, Y. y Santana, J. (2016). Programa de psicología de la salud y cuidado primario: Un modelo de adiestramiento pre-doctoral. *Revista puertorriqueña de psicología*, 28, (2) 316 – 333
- Vaquero, J. y Ceña, R. (2000). *Prevención de riesgos laborales: seguridad, higiene y ergonomía*. España: Ediciones Pirámide.

Weineck, J. (2001). *Salud, ejercicio y deporte. Activar las fuerzas con un entrenamiento adecuado. Prevenir enfermedades con el deporte correcto*. España: Editorial Paidotribo.

Zarco, V., Rodríguez, A., Martín, M. y Díaz, F. (2008). *Psicología de los grupos y de las organizaciones*. España: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).

## APÉNDICES

### *Apéndice A. Ejercicio de Auto-Reflexión y Conciencia*

¿Cómo consideras que podrías mejorar tus hábitos relacionados con la salud?			
Hábito	¿Cómo tú mismo puedes mejorarlo?	¿Cómo tu familia puede ayudarte a mejorarlo?	¿Cómo tu trabajo puede ayudarte a mejorarlo?
1. Deportes y actividades al aire libre			
2. Conducta saludable			
3. Salud y Trabajo			
4. Alcohol			
5. Drogas			
6. Consumo de alimentos			
7. Descanso y sueño			

Fuente: elaboración propia.

*Apéndice B. Encuesta de satisfacción*

Estamos muy interesados en tu satisfacción, por lo que el propósito de esta encuesta es conocer su opinión y sugerencias en referencia a este taller, las cuales nos permitirán ir mejorando. Por lo que le pedimos contestar cuidadosa y objetivamente las siguientes preguntas.

**Marque con una “X” la opción que considere:**

1. Los temas vistos durante el taller me parecieron:

Excelente ( )          Bueno ( )          Regular ( )          Malo ( )

2. El dominio de los temas por parte del instructor del taller me pareció:

Excelente ( )          Bueno ( )          Regular ( )          Malo ( )

3. Las dinámicas y actividades realizadas en el taller me parecieron:

Excelente ( )          Bueno ( )          Regular ( )          Malo ( )

4. El taller ayudó a que comprendiera qué son los hábitos de vida saludable:

Excelente ( )          Bueno ( )          Regular ( )          Malo ( )

5. El período de tiempo que abarcó el taller me pareció:

Excelente ( )          Bueno ( )          Regular ( )          Malo ( )

Sugerencias y comentarios

---



---



---

Fuente: Elaboración propia.

*Apéndice C. Evaluación del Proyecto en Hábitos de Vida Saludable*

Estamos muy interesados en conocer su opinión en referencia a este proyecto, lo cual nos permitirá evaluar el impacto del mismo. Por lo que le pedimos contestar cuidadosa y objetivamente las siguientes preguntas.

**Marque con una “X” la opción que considere:**

	<b>Muy en Desacuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Muy de Acuerdo</b>
1. El proyecto me ayudó a conocer qué son los hábitos de vida saludable.				
2. El proyecto me ayudó a mejorar al menos un hábito de mi salud (deportes y actividades al aire libre, conducta saludable, salud y trabajo, alcohol, drogas, consumo de alimentos y descanso y sueño).				
3. Después de este proyecto considero que la salud es responsabilidad de cada persona.				
4. El proyecto me ayudó a darme cuenta de la importancia de tener hábitos saludables en el trabajo.				
5. A través del proyecto pude ver que mi trabajo me proporciona profesionales de la salud así como estudios que me ayudan a cuidar de mi salud.				
6. Las pláticas y taller que se impartieron me ayudaron a tomar conciencia de mi salud física y mental.				
7. Me sentí parte de este proyecto.				

Para ti, ¿qué fue lo más significativo de este proyecto de hábitos de vida saludable?

---



---



---

Fuente: elaboración propia.