



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN UNA ORGANIZACIÓN PRODUCTORA DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN

TESIS

PRESENTADA POR
DAVID ALBERTO HUCHÍN AKÉ

EN SU EXAMEN DE GRADO
EN OPCIÓN AL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE DESARROLLO
ORGANIZACIONAL

DIRECTORA DE TESIS
MTRA. 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.609454 durante el periodo de agosto 2016 a julio de 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.

Agradecimientos

A María José De Lille Quintal, por su apoyo, tiempo y sugerencias brindado para realizar con éxito el presente trabajo, de igual manera le agradezco por su guía y enseñanza en este proceso de aprendizaje.

A Cecilia Beatriz Aguilar Ortega, Guadalupe Centeno Ley y María Teresa Morales por su tiempo que dedicaron a la revisión de esta tesis y por sus valiosos comentarios para mejorar el presente trabajo.

Agradezco a la Organización en donde realicé la intervención, por su tiempo y atenciones para cumplir con el objetivo de dicha intervención y de esta manera permitir el cambio.

A cada de uno de los maestros de la maestría que compartieron su experiencia y tiempo para cumplir con los objetivos de cada clase.

Y un merecido agradecimiento a mi familia por su apoyo incondicional.

Por último, le agradezco a una persona en especial por su apoyo en estos dos años y gracias a él por motivarme a estudiar esta maravillosa maestría que hoy está concluyendo con todo éxito.

ÍNDICE

Resumen	2
Capítulo I. Introducción	3
<i>1.1 Planteamiento del problema y justificación</i>	<i>3</i>
<i>1.2 Marco teórico/referencial</i>	<i>5</i>
Capítulo II. Evaluación diagnóstica del problema o necesidad sentida	24
<i>2.1 Descripción del escenario y/o participantes</i>	<i>25</i>
<i>2.2 Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizadas</i>	<i>25</i>
<i>2.3 Procedimiento</i>	<i>27</i>
<i>2.4 Informe de resultados de la evaluación diagnóstica</i>	<i>28</i>
Capítulo III. Programa de intervención	40
<i>3.1 Introducción</i>	<i>40</i>
<i>3.2 Objetivos</i>	<i>40</i>
<i>3.3 Programa de intervención</i>	<i>40</i>
Capítulo IV. Resultados de intervención	53
<i>4.1 Evaluación (efectos y/o proceso)</i>	<i>53</i>
Capítulo V. Discusión y conclusiones.....	56
Referencias	61
Apéndices.....	67

Resumen

El objetivo de promover la salud ocupacional es velar por el bienestar, la salud y las buenas condiciones de trabajo de cada individuo en una organización. Hay que tener en cuenta que la presencia de la salud ocupacional es fundamental, ya que, procura el más alto bienestar físico, mental y social de cada uno de los empleados, lo que permite que se establezca y sostenga un medio ambiente de trabajo seguro y sano.

En esta línea, este trabajo, tuvo la finalidad de diagnosticar y posteriormente promocionar los hábitos de vida saludable en los directivos y mandos medios de una empresa productora de materiales de construcción.

A partir del primer contacto, se acordó realizar un diagnóstico organizacional, en este caso a una población de 18 directivos y mandos medios, el cual se llevó a cabo mediante la aplicación del instrumento Hábitos de Vida Saludable de De Lille (2015). La parte que corresponde al tema de salud consta de las siguientes dimensiones: ejercicio, recreación, conducta saludable, conducta de riesgo, consumo de alcohol, consumo de drogas, consumo de alimentos, sueño y reposo, salud y trabajo y jornada de trabajo. Al finalizar la aplicación del instrumento, se continuó con el procesamiento de datos, los cuales se capturaron en el programa SPSS, teniendo como resultado la distinción entre fortalezas y áreas de oportunidad en salud y hábitos de vida saludable, información que se devolvió a los participantes para consensar los datos obtenidos y de esta manera diseñar la intervención.

Capítulo I. Introducción

1.1 Planteamiento del problema y justificación

Analizar el concepto de estilo de vida y de los factores que influyen en él, ha llevado a la coexistencia de por lo menos dos líneas conceptuales las cuales implican una manera diferente de actuar. La primera de ellas se refiere a la libre elección de conductas. Según este enfoque, las acciones deben ir encaminadas a evitar hábitos no saludables, recayendo así la total responsabilidad sobre el individuo. La otra línea conceptual, dice que la salud depende de una forma general de vida, determinada por la interrelación entre unas condiciones de vida y unos patrones de conducta que, a su vez, dependen de características socioeducativas y personales (Perea Quesada, 2004).

Por otra parte, el estudio del concepto de calidad de vida relacionado con la salud, destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción del individuo, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud, así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria (Schwartzmann, 2003).

Hay que tener en cuenta que, los hábitos de vida saludable es un tema olvidado en nuestras sociedades, ya que, hasta este momento no hay un considerable número de intervenciones encaminadas a promocionar los hábitos de vida saludable en las organizaciones. Por tal motivo, es necesario que las empresas implementen estrategias para tener empleados más eficientes en las horas laborales, de aquí la importancia de retomar esta idea como tema de tesis. Como ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (2017) menciona que las enfermedades cardiovasculares, relacionadas directamente con conductas negativas que

afectan la salud, son la principal causa de muerte en el mundo y tienen un gran impacto en el ámbito laboral. Estas conductas dependen del comportamiento y de la actitud de las personas en su vida cotidiana, puesto que la salud depende en gran parte del estilo de vida.

Otros datos importantes son que, en 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En general, en 2014 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. En 2014, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. Entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha duplicado (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Es importante mencionar, que se ha indagado sobre datos de empresas mexicanas y se encontró un estudio llamado “El impacto de la salud en la productividad: caso de la industria automotriz mexicana” el cual menciona que una persona que va enferma a trabajar no es productiva y genera mayores pérdidas que cuando se queda en casa, ya que ocasiona 4,5 veces más mermas de productividad que el ausentismo; de igual forma, este estudio detalla que los padecimientos que causan más del 50% de los problemas de ausentismo son las migrañas y las enfermedades respiratorias; mientras que el mayor costo directo en productividad proviene de la hipertensión con el 95% y la diabetes con el 93% (IDC, 2016).

Señalado lo anterior, resulta necesario hablar sobre los hábitos saludables, y es que, estos se entienden como todas aquellas conductas que asumimos como propias en la vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, el descanso y la práctica de la actividad física correctamente planificada (Bernal Herrer, 1996).

Algunos estudios sobre los estilos de vida saludable surgieron desde el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por lo que las variables empleadas en esos primeros estudios fueron los factores de riesgo clásicos de este tipo de enfermedades: consumo de tabaco y alcohol, falta de ejercicio físico y malos hábitos de alimentación (Bandura, 1982).

Para la empresa donde se realizó la intervención es importante la salud, ya que dentro de sus políticas de salud y seguridad se encuentra llevar a cabo actividades de manera segura, eficiente y de cuidar el bienestar de los empleados, contratistas y otras personas que pudieran interactuar con la organización a raíz de sus actividades, a partir de esto se realiza la intervención en hábitos de vida saludable.

Para finalizar, con esta idea de investigación, es necesario mencionar que las empresas juegan un papel muy importante en este tema, debido a que la gran mayoría de las personas con problemas en hábitos de vida saludable están laborando en alguna organización. En este sentido, resulta necesario que las empresas colaboren en la elaboración e implementación de estrategias que tengan como objetivo, mitigar este problema, que a fin de cuentas es un beneficio, tanto para los trabajadores como para las organizaciones.

1.2 Marco teórico/referencial

Para Briceño-León, De Souza y Coimbra (2000) “la salud es una síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (p.15).

Hay que tener en cuenta que, la idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, o como diría Emile Durkheim (citado en Ritzer, 2002), “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo” (p. 207).

Algunas características de la definición de salud, son las que nos presenta Feito Grande (2000) que menciona que es un concepto múltiple debido a que permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales; otra característica es que puede ser relativo, porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique; también puede ser complejo, ya que, implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte; puede ser dinámico, porque es cambiante y admite grados; y abierto, ya que, debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción.

Retomando las características anteriores, Gavidia y Talavera (2012) comparten con Feito Grande que es muy difícil encontrar una visión única y universal de la salud, ya que: a) puede ser usada en muy diferentes contextos; b) ser parte de presupuestos básicos distintos; c) resume aspiraciones e ideales en torno al estado de vida que se desea alcanzar.

La definición más influyente en la actualidad con respecto a la salud, es la de la Organización Mundial de la Salud (2017), la cual fue plasmada en el preámbulo de su Constitución desde 1948 y dice: la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no

solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. A pesar que fue oficializada hace más de 70 años, esta definición es de carácter institucional, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, el cual es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocido en materia de salud y uno de los principales agentes en dicho tema.

Entre los aspectos destacados relacionados con la definición del OMS, están:

- Igualdad de los conceptos de bienestar y de salud.
- Integración de los aspectos sociales, psíquicos y físicos en un todo armónico.
- Adopción de un marco común para el desarrollo de políticas de salud por parte de los países firmantes.

Por lo tanto, la salud debe entenderse como aquel estado que siempre es posible de mejorar y que implica considerar la totalidad de los individuos, relacionados entre sí y con el medio ambiente en que viven y trabajan (Parra, 2003).

Las personas económicamente activas, desde que inician su vida laboral, pasan en promedio entre 8 y 12 horas en su trabajo. Es por esto que, dentro de una organización, la salud ocupacional es muy importante, ya que otorga protección al trabajador, oportunidades de desarrollo, mejora sus relaciones sociales, autoestima y otros efectos positivos. Para el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su primera reunión en 1950 y revisada en su duodécima reunión en 1995, “la finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en

todos los trabajos; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad” (Organización Internacional del Trabajo, 2003).

De igual forma, la Organización Mundial de la Salud (1995) menciona que la salud ocupacional es 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. Además, procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo realzando el bienestar físico mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo. A la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible, la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo.

Desde entonces, se han dado importantes cambios conceptuales y metodológicos, y se han desarrollado valiosas experiencias que ponen de relieve la importancia de la salud de los trabajadores para el desarrollo de los países. Por ejemplo, se amplía el concepto de salud ocupacional a salud de los trabajadores. La salud ocupacional es entendida principalmente como la salud del trabajador en su ambiente de trabajo. El concepto de salud de los trabajadores es más amplio: no sólo comprende la salud ocupacional, sino también la salud del trabajador fuera de su ambiente laboral. Por ello considera, además de los accidentes de

trabajo y las enfermedades ocupacionales, las patologías asociadas al trabajo y las derivadas de la vida fuera del centro de trabajo (Gómez, 2006).

García, Benavides y Ruiz-Frutos (2000) muestran que la práctica de la salud laboral surge como respuesta al conflicto entre salud y condiciones de trabajo, y se ocupa de la vigilancia e intervención sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores. Los principales objetivos de la salud laboral son identificar y eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como potenciar aquellos con un efecto beneficioso para su salud y bienestar. A su vez, se considera el tratamiento y la rehabilitación del trabajador que ha sufrido un problema de salud.

Estos mismos autores, mencionan que los objetivos fundamentales del estudio y la práctica de la salud laboral son tres: la conservación del bienestar físico, social y mental en relación con las condiciones de trabajo; el control de estas condiciones, a fin de garantizar una seguridad total en el trabajo; y la compatibilidad del ambiente laboral con las capacidades de cada trabajador.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores la salud ocupacional se enfoca en el logro del más completo estado de bienestar físico, mental y social en el desempeño del trabajo. Por su parte, la psicología de la salud ocupacional habla sobre la contribución que hace la psicología para mejorar la calidad de vida laboral, proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores. Para ello, la Academia Europea de Psicología de la Salud Ocupacional por sus siglas en inglés “EA-OHP” (2017) define a la psicología de la salud ocupacional como la aplicación de los principios y prácticas de la psicología aplicada a los

problemas de salud en el trabajo: el estudio de los aspectos psicológicos, sociales y de organización de la relación dinámica entre el trabajo y la salud.

Aunque el origen del campo se ubica en los terrenos de la salud ocupacional, hay diversas disciplinas que integran el concepto de psicología de la salud ocupacional, como son: psicología social, de la salud y organizacional, salud pública, epidemiología, medicina, estudios organizacionales, ergonomía, sociología, ingeniería industrial y ambiental, antropología, e incluso economía, entre otras.

Entre los temas centrales del enfoque de este campo son: factores psicosociales y organizacionales del trabajo, estrés laboral, salud mental, bienestar psicológico y calidad de vida de los trabajadores. De esta forma, su misión consiste en el estudio, detección, vigilancia, intervención y principalmente prevención, de todos los mecanismos y aspectos relacionados a estos indicadores. Su aplicación puede ser a nivel organizacional (carácter y contenido del trabajo, diseño y prácticas organizacionales) para mejorar ambientes laborales saludables; o también a nivel individual (aptitudes, creencias, etc.), para capacitar a los trabajadores en la promoción y desarrollo de su bienestar, salud y seguridad (Juárez García, 2007). Otro tema importante que hay que tener en cuenta cuando se habla de salud ocupacional y aspectos de psicología de la salud ocupacional, es el estilo de vida saludable.

En la vida de cualquier persona llega el momento en el que debe analizar el estilo de vida, con la finalidad de decidir qué cambios se requieren para mejorar la calidad de vida. Por lo general, esto suele ocurrir luego de que el estado de salud se ve vulnerable a ciertas enfermedades, y esto puede ser a nivel físico y/o mental. El interés por el estudio del estilo de vida saludable, tuvo su punto más álgido en la década de los 80 del siglo pasado. Según

una revisión realizada por Menéndez (1998), el concepto “estilo de vida” se constituyó a partir de corrientes teóricas como el marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico. El objetivo era producir un concepto que a partir de las dimensiones materiales y simbólicas posibilitara la articulación entre sectores macro (estructura social) y de los grupos intermedios expresados en sujetos cuyo comportamiento se caracterizaba por un determinado estilo ejercitado en la vida personal y colectiva.

Para Cockerham (2007) el estilo de vida saludable se define como un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida.

A continuación, se presenta en la tabla 1 los factores que integran al estilo de vida saludable. Ver tabla 1.

Tabla 1.
Factores que integran al estilo de vida saludable

Factores condicionantes	Descripción
Alimentación y dieta	<p>La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias (Dura Trave y Castroviejo Gandarias, 2011). Por ejemplo, cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y elaboración de las comidas y, en contraposición, se prefieren alimentos procesados que, generalmente, conlleva un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta y, al mismo tiempo, un bajo consumo de alimentos de origen vegetal.</p>
Actividad física	<p>En los últimos 40 años ha habido un incremento muy importante del sedentarismo, ligado a una disminución progresiva de la cantidad de ejercicio físico que realizan las personas. Los avances tecnológicos y en el transporte (multitud de ingenios mecánicos que nos hacen la vida más cómoda pero más sedentaria como, por ejemplo, los ascensores y las escaleras mecánicas) han provocado que las personas reduzcan progresivamente su actividad física en las actividades de la vida diaria, disminuyendo el gasto energético asociado a ello y, por tanto, se conviertan en sedentarios. Además, es difícil imaginar que esta</p>

tendencia no vaya a continuar en el futuro (Douglas, Van, Torrance, 2006).

Descanso y
sueño

El sueño se puede definir como un estado funcional, reversible y cíclico, que presenta ciertas manifestaciones conductuales características, como la relativa ausencia de motilidad y un incremento del umbral de respuesta a la estimulación externa, produciéndose durante el mismo cambios funcionales a nivel orgánico, así como cambios de actividad en el sistema nervioso, acompañado todo ello de la actividad intelectual que supone soñar (Oblitas Guadalupe, 2017).

Para Reyes Gómez (2009) el descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas. El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.

Tabaquismo

El tabaquismo es un importante factor de riesgo para la salud y es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. Está ampliamente estudiada la relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad. El consumo de tabaco favorece la aparición de numerosas enfermedades, como cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, bronquitis crónica y enfisema, entre otras (Burns, 2003; Fagerstrom,

2002; Ferrando, Plasencia, Oros, Borrel y Kraus, 2000; Hausmann, 2007; Sasco, Secretan y Straif, 2004).

Consumo de alcohol

El alcohol representa una inusual paradoja desde la perspectiva de la salud porque la humanidad lo ha ingerido durante milenios con un aceptable margen de seguridad y con gran satisfacción, ocupando, incluso, un importante papel en numerosas ceremonias religiosas y seculares. Por si fuera poco, múltiples estudios evidencian que un consumo moderado y habitual de alcohol de entre 10 y 30 g/día, reduce el riesgo de padecer enfermedad isquémica (Hvidtfeldt, Tolstrup, Jakobsen, Heitmann, Gronbaek y O'Reilly, 2010; Mukamal y Rimm, 2008). Sin embargo, un porcentaje significativo de bebedores desarrollarán complicaciones relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas, constituyendo uno de los principales factores de riesgo relacionados con la salud tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. El abuso de las bebidas alcohólicas se ha erigido en un problema de gran magnitud para los individuos por su efecto sobre el orden físico y psíquico, así como para las sociedades por las repercusiones laborales y familiares, gravado todo ello con un enorme coste social y económico (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Consumo de otras drogas

El consumo de drogas (ilegales) es uno de los problemas que mayor interés ha despertado en las últimas décadas debido a la creciente implicación de los adolescentes y jóvenes en estas conductas. Además,

constituye un auténtico problema de salud pública y social debido a los costes humanos, sociales y económicos que conlleva, y que se confirma por los datos epidemiológicos sobre el consumo. Debemos tener en cuenta que la juventud de los países desarrollados está expuesta desde muy temprana edad a entrar en contacto con la oferta de diferentes tipos de drogas (Schuckit, 2000).

Fuente: Elaboración propia.

Los estilos de vida se encuentran integrados por un conjunto de factores que deben funcionar de forma armoniosa y completa. Se puede mencionar, que el conjunto de hábitos saludables conforma al estilo de vida saludable. Para poder abordar los hábitos de vida saludable, primeramente, se tendría que entender lo que es un hábito, como cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato. Cabe mencionar que para que un hábito se forme en una persona debe practicarlo durante varias ocasiones, así tanto el cuerpo como la mente se acostumbra a este hecho por lo que el cuerpo va a realizar esto de manera común. Los hábitos se conforman por costumbres, actitudes, formas de comportamientos que asumen las personas ante situaciones concretas de la vida diaria, las cuales conllevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes (Graybiel y Smith, 2014). Por lo tanto, se entenderá por un hábito de vida saludable a toda aquella conducta y/o comportamiento que tenemos asumidas como propias y que inciden de manera positiva, en nuestro bienestar físico, mental y social.

Para permitir que se logren estos hábitos de vida saludable se debe realizar una promoción de la salud. Los autores Kickbush (1996) y Góes Pereira, et al. (2000) describen la promoción

de la salud como el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas. La finalidad de la promoción de salud es permitir la calidad de vida e incrementar el control sobre la propia salud.

La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos son (Tobón Correa, 2003; Epp, 1996):

1. El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.
2. La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo.
3. Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en la niñez (Ania Palacio, 2007).

Antes de abordar el modelo base de la intervención en promoción de hábitos de vida saludable, hay que comprender la existencia de dos modelos de la salud, el modelo biomédico y el biopsicosocial; el primero, habla sobre la doctrina del dualismo mente-cuerpo, en virtud de la cual se entiende que el cuerpo es una entidad física y la mente forma parte del dominio espiritual. Asimismo, este modelo biomédico se basa en el reduccionismo, el cual asume que

todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas. El segundo modelo, el biopsicosocial, sostiene que es el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales el determinante de la salud y de la enfermedad. De este modo, tanto los que se podrían calificar de macropocresos (apoyo social, trastornos de la salud mental, etc.) como los microprocesos (alteraciones bioquímicas) interactúan en el proceso de salud-enfermedad. Lo cual implica que la salud y la enfermedad tienen una causación múltiple y que múltiples, también, son sus efectos (Amigo Vázquez, 2014). Tomando en cuenta al modelo biopsicosocial, se elige el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender para desarrollar el trabajo de intervención.

Nola Pender (1996), planteó en su Modelo de Promoción de la Salud, que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción (Giraldo Osorio, Toro Rosero, Macías Ladino, Valencia Garcés y Palacio Rodríguez, 2010).

El Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de

expectativas de la motivación humana de Feather (Aristizabal, Blanco, Sánchez y Ostiguín, 2011). Ver figura 1.

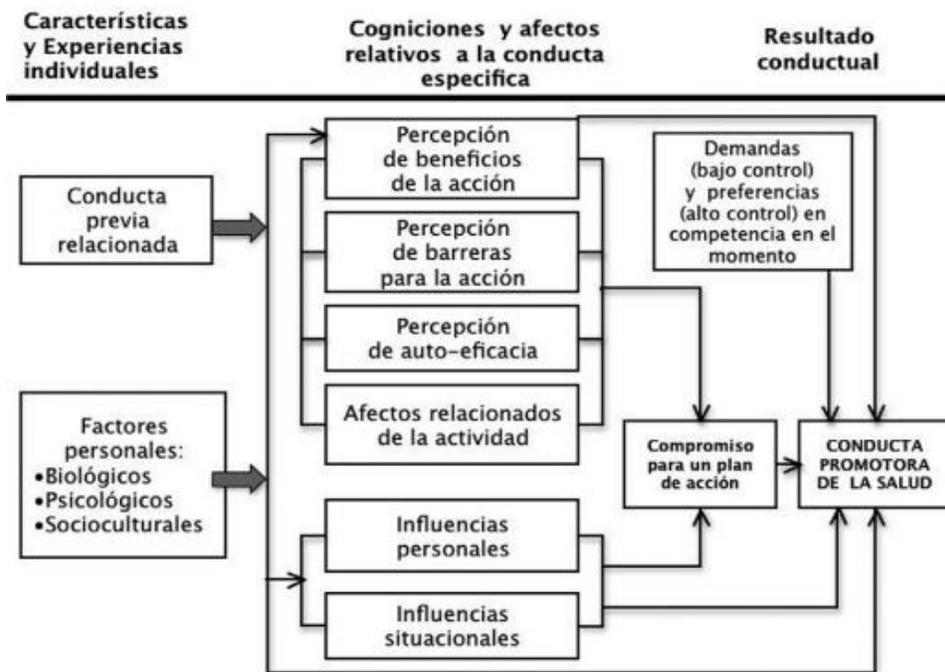


Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Fuente: Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996, citado por Aristizabal Hoyos, et al., 2011).

En este modelo se pueden ubicar los componentes por columnas que van de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. La conducta previa relacionada se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una

cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (Aristizabal Hoyos, et al., 2011).

En cuanto a los componentes que se muestran en la segunda columna son los centrales de este modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la auto eficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

El cuarto componente según Aristizabal Hoyos, et al. (2011) es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirla; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el

entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

El estudio de Aristizabal Hoyos, et al., (2011) menciona que los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir, además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingencias del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo. En síntesis, el MPS (Modelo de Promoción de la Salud) plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Hoy en día estamos en constante cambio, las cosas varían, otras crecen, se empequeñecen, adquieren otra forma, envejecen o mueren. Esto que se ha planteado no solamente ocurre con los seres vivos, sino incluso en las organizaciones. Es por esto que hay que tener en cuenta que el cambio organizacional es real y está presente en cualquier organización. De aquí, la necesidad de planear el cambio, y más en los cambios que tienen que ver con el desarrollar hábitos saludables. Es de esta manera que el Desarrollo Organizacional es de gran apoyo para la intervención en hábitos de vida saludable. Por tal motivo, se necesita comprender que es

el Desarrollo Organizacional. Münch Galindo (2010) comenta en su libro de Administración, que el Desarrollo Organizacional (DO) surge en la década de 1970 como una respuesta a las características de continuo cambio de las organizaciones. Sus principales iniciadores son Warren Bennis y Richard Beckhard. Los supuestos en los que se basa el Desarrollo Organizacional son los siguientes:

- Cada época crea la forma de organización más acorde con sus características y necesidades. Los cambios en la sociedad originan la necesidad de revitalizar y reconstruir las estructuras organizacionales.
- La única forma de cambiar las organizaciones consiste en modificar la cultura organizacional, o sea, el conjunto de valores, necesidades, expectativas, creencias, políticas y normas, practicadas en una organización.
- Las personas deben poseer una nueva conciencia social.

La definición que nos da su iniciador Richard Beckhard para el Desarrollo Organizacional es el siguiente, es un esfuerzo planificado de toda la organización y administrado desde la alta gerencia para aumentar la efectividad y el bienestar de la organización por medio de intervenciones planificadas en los procesos de la entidad, las cuales aplican los conocimientos de las ciencias del comportamiento (Beckhard, 1980).

Entre las características principales del DO, se encuentran las siguientes:

- Es una estrategia educativa debido a que hay un aprendizaje significativo para la organización.

- Los cambios que se buscan están ligados directamente a las exigencias o requerimientos que la organización intenta satisfacer: crecimiento, destino, identidad, revitalización, satisfacción, desarrollo humano y eficiencia organizacional.
- Se fundamenta en una metodología que hace hincapié en el comportamiento experimentado.
- Los agentes de cambio en su mayoría son externos a la organización.
- Se requiere de una relación cooperativa, esto entre el agente del cambio y los componentes del sistema cliente.

Si bien, el Desarrollo Organizacional recurre a estrategias que son los medios y técnicas que se utilizan para el cambio; estas técnicas son diversas y su aplicación dependerá de los recursos, características y necesidades de cada organización. Y es de esta manera que las estrategias estarán en función del tipo de intervención.

Para ello, existen cuatro tipos de intervenciones que según Guízar (2013) se clasifican de la siguiente manera:

- a) Intervenciones en procesos humanos. Las cuales están dirigidas al personal de la organización, así como a sus procesos de interacción, como comunicación, solución de problemas, liderazgo y dinámicas de grupo.
- b) Intervenciones tecnoestructurales. Están orientadas hacia la tecnología y estructura de la organización 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.

- c) Intervenciones en administración de recursos humanos. Enfocadas principalmente en las relaciones con el personal, como los sistemas de recompensas y la planeación y desarrollo de carrera. Se utilizan mecanismos para integrarlas a las organizaciones y tradicionalmente se relacionan con el campo de los recursos humanos más que con el DO.
- d) Intervenciones estratégicas y del medio. 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.

A partir de este momento se da hincapié a la intervención en administración de recursos humanos debido a que el tema de tesis se relaciona con salud ocupacional.

El modelo de intervención en el que se basó la intervención, es el de De Faria Mello (Guízar, 2013) el cual está dividido en fases o etapas de consultoría. La fase inicial, consta de tres etapas: contacto, contrato y entrada. Para el autor, el contacto, contrato y entrada se conectan en una gran fase inicial con multicontacto, precontrato, subcontratos, con diferentes grados de profundidad o como extensión de la entrada. La segunda fase que es la recolección de datos, la tercera que es el diagnóstico, la cuarta que es la planeación de intervenciones, la quinta que es la acción y como subetapa tiene la institucionalización del cambio, por último, está la fase de acompañamiento y evaluación. Ver figura 2.

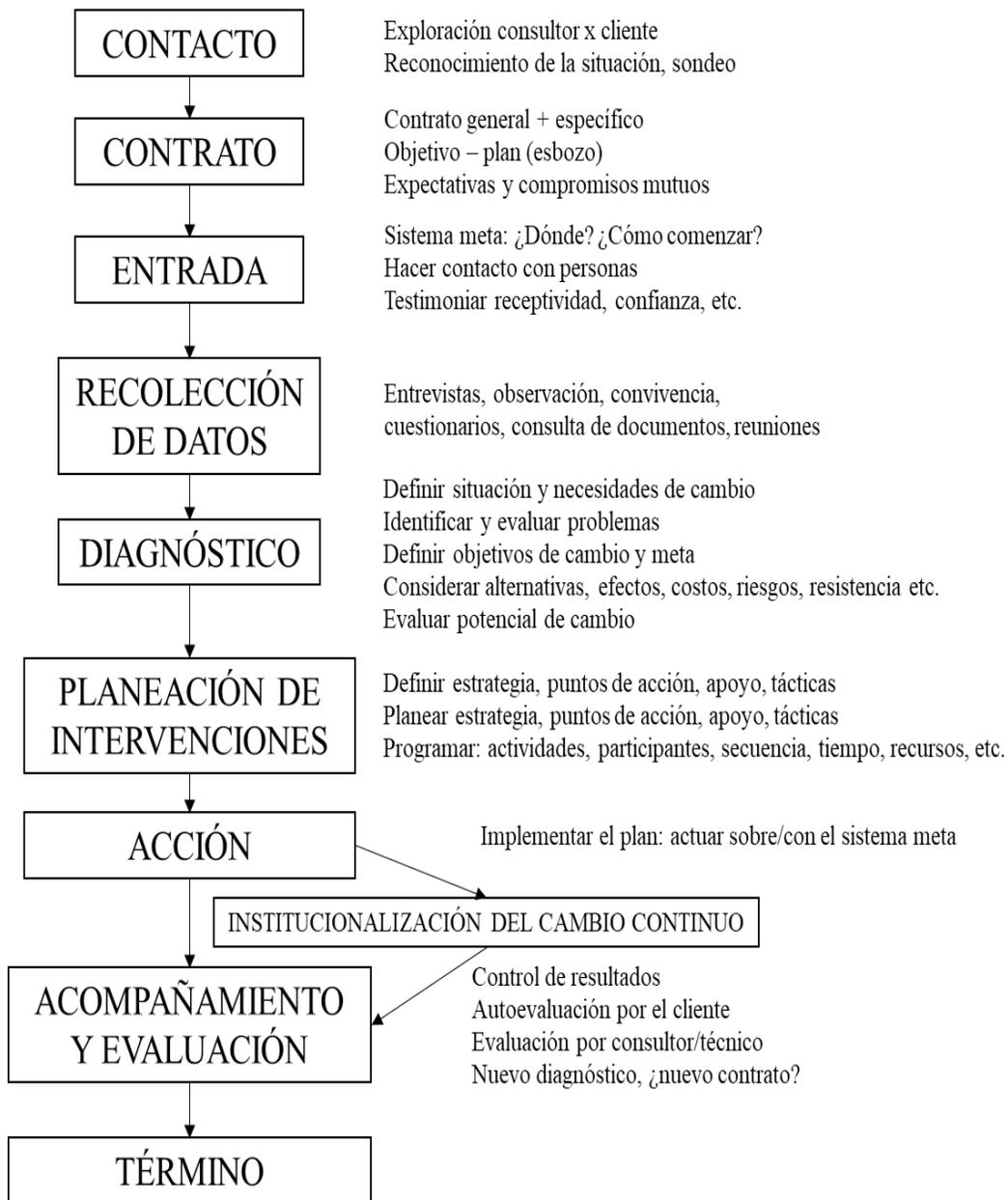


Figura 2. Modelo de cambio planeado de De Faria Mello (2016)

Capítulo II. Evaluación diagnóstica del problema o necesidad sentida

2.1 Descripción del escenario y/o participantes

Descripción de participantes. Participaron 18 directivos y mandos medios de una empresa productora de materiales de construcción, de los cuales el 94% son hombres y el 6% son mujeres. La estructura queda de la siguiente manera, dos directivos, y en los mandos medios se encuentran catorce coordinadores, un analista y un gerente. El rango de edades es de 26 a 58 años. Con respecto a su escolaridad, once tienen licenciatura y siete cuentan con estudios en maestría.

Descripción del escenario. Es una compañía multinacional para la industria de la construcción, que ofrece productos y servicio a clientes y comunidades en más de 50 países en el mundo. La compañía mexicana ocupa el tercer lugar mundial en ventas de cemento y clinker, y es la principal empresa productora de concreto premezclado, con una capacidad de producción de aproximadamente 77 millones de toneladas anuales, atendiendo así los mercados de América, Europa, Asia, África y Medio Oriente. El giro de la empresa es industrial y está ubicada en ciudad de Mérida, Yucatán, México.

2.2 Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizadas

Se aplicó el instrumento de Hábitos de Vida Saludable de De Lille (2015), que mide hábitos de vida saludable y que cuenta con 85 reactivos, ver apéndice 1. Dicho instrumento cuenta con 7 dimensiones en salud y un apartado para datos sociodemográficos. En el apartado de salud, las dimensiones son las siguientes:

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, con un Alpha de Cronbach de 0.79.
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, con un Alpha de Cronbach de 0.56.
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, con un Alpha de Cronbach de 0.65.
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, con un Alpha de Cronbach de 0.47.
5. Drogas, indaga si el individuo en cuestión, así como su familia, amigos y compañeros de trabajo consumen algún tipo de droga, en el caso de esta variable no es de medición escalar.
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 en que se consumen, con un Alpha de Cronbach de 0.79.
7. Descanso y sueño, se refiere a los horarios para levantarse y acostarse, las dificultades para quedarse dormido y si descansa en su día a día, con un Alpha de Cronbach de 0.49.

Es una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, donde 1 es nunca y 5 siempre. De igual forma, se incluyeron preguntas de respuesta dicotómica: sí o no. Vale la pena señalar que el puntaje 3 representa la media y corresponde a la respuesta algunas veces. Por lo que, en acuerdo con la organización, los puntajes por encima de 3 serán considerados como fortaleza y los que se encuentren por debajo de 3, serán considerados como área de oportunidad en caso de conductas consideradas positivas para la salud y lo contrario para las conductas negativas para la salud.

2.3 Procedimiento

1. Primeramente, la organización solicita una intervención en salud debido a que, aunque cuentan con profesionales de la salud dentro de la misma y no se tienen los resultados esperados en cuanto a la salud del personal.
2. Se elaboró un proyecto para promover los hábitos de vida saludables en el personal del nivel mando medio y directivos alineado a las necesidades de la organización, el cual fue presentado al director, al gerente de recursos humanos, al asesor de seguridad industrial y salud y al representante sindical. Y fue aprobado para su implementación en la empresa.
3. Para la aplicación del instrumento se explicó con anterioridad a los directivos y mandos medios la finalidad del estudio y la confidencialidad y anonimato de los resultados. Y a través de una carta de consentimiento informado ellos autorizaban su participación del estudio. Se realizó el diagnóstico mediante la aplicación del instrumento. Para finalizar con el levantamiento de la información, se pidió que se registraran en la hoja de asistencia.

4. Posteriormente, se capturaron los datos en el programa SPSS y se hizo un análisis de los resultados.
5. Se elaboró el reporte del diagnóstico de salud.
6. Finalmente se realizó una sesión de retroalimentación con los directivos y mandos medios para presentar los resultados.

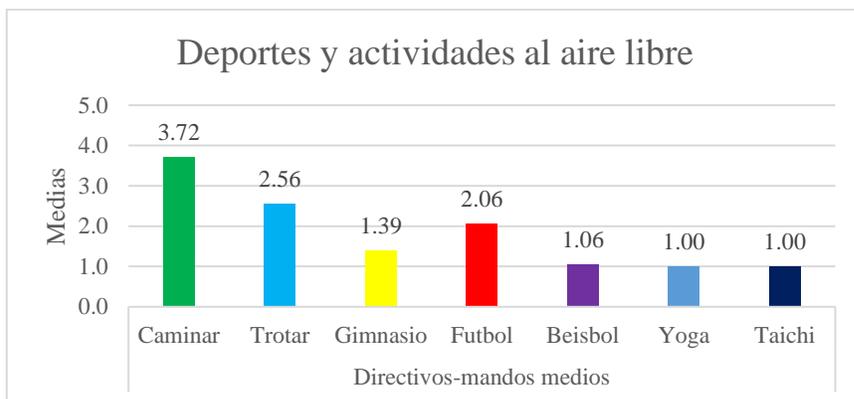
2.4 Informe de resultados de la evaluación diagnóstica

Es necesario mencionar que a partir de este apartado la intervención se encuentra en la etapa de diagnóstico según el modelo de De Faria Mello.

Ahora bien, para obtener los resultados del diagnóstico los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales, SPSS versión 2.3. a continuación se describen los resultados:

Deportes y actividades al aire libre

En cuanto al apartado de deportes y actividad al aire libre podemos señalar que la actividad que más realizan los directivos y mandos medios, es caminar y la que menos realizan son Yoga y Taichí como podemos ver en la gráfica 1.



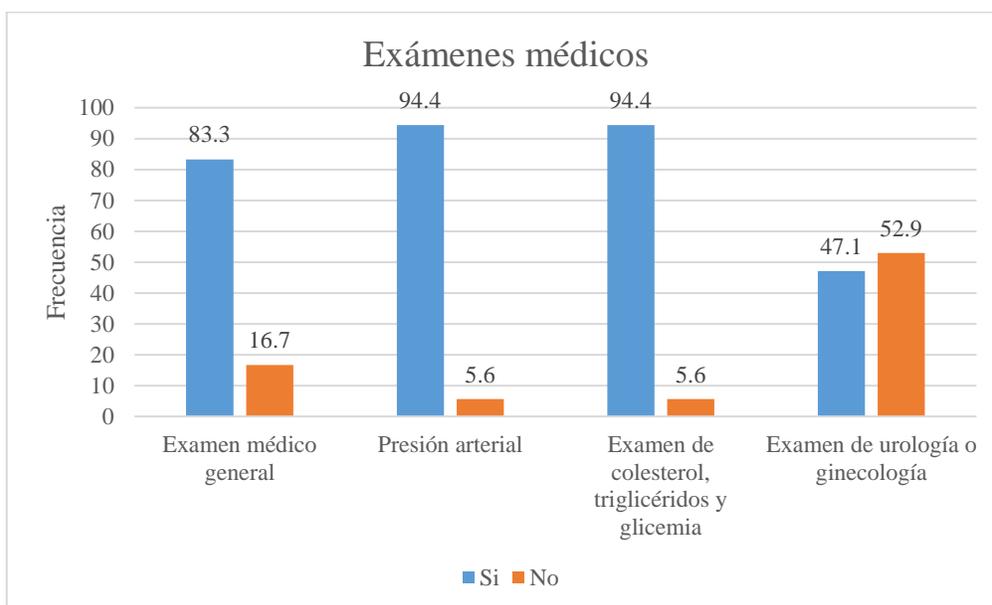
Gráfica 1. Deportes y actividades al aire libre

Conducta Saludable

En la gráfica 2, el 88.9% asiste al médico cada 6 meses y solo el 46.7% asiste al odontólogo cada 6 meses. Ahora, como se observa en la gráfica 3, el 94.4% de los participantes se hace un examen médico de presión arterial y de colesterol cada 6 meses, mientras que, el 83.3% de ellos se hace un examen médico general y el 47.1% se hace un examen de urología o ginecología cada 6 meses. No obstante, es necesario mencionar que la organización cuenta con un médico general que puede realizar o canalizar para la realización de estos estudios.

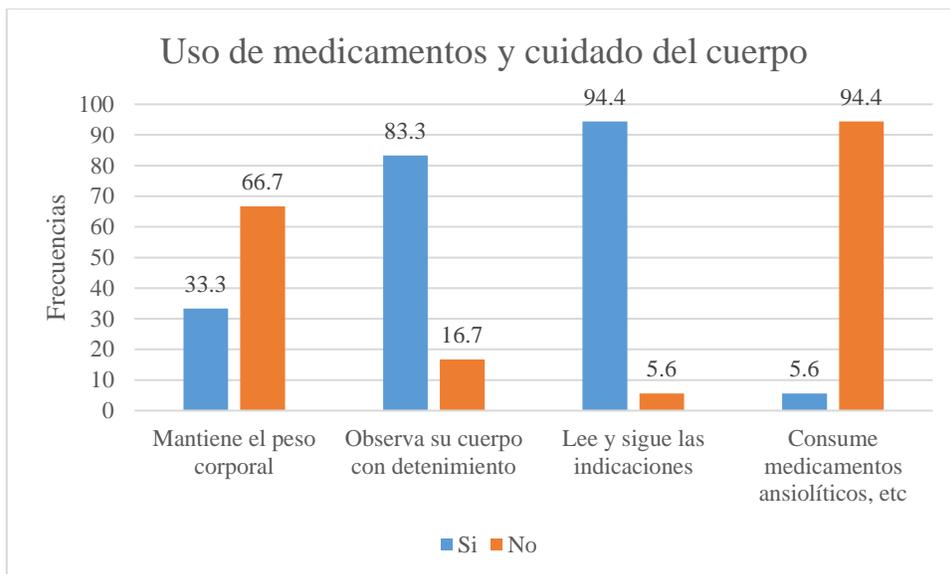


Gráfica 2. Asistencia con los profesionales de la salud.



Gráfica 3. Exámenes médicos cada 6 meses.

Otras conductas que son necesarias para favorecer el cuidado de la salud son el uso de medicamentos y el cuidado del cuerpo. En la gráfica 4, se puede ver que el 94.4% de los participantes lee y sigue las indicaciones de medicamentos suscritos por el médico, de igual forma, el 83.3% de ellos sí observa con detenimiento su cuerpo, pero solo el 33.3% de los participantes mantiene su peso corporal.

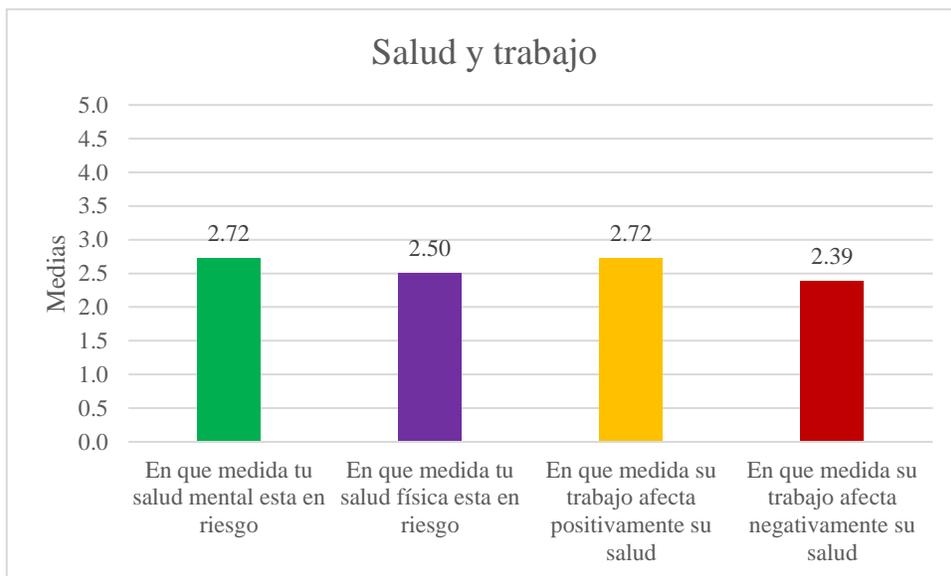


Gráfica 4. Uso de medicamentos y cuidado del cuerpo

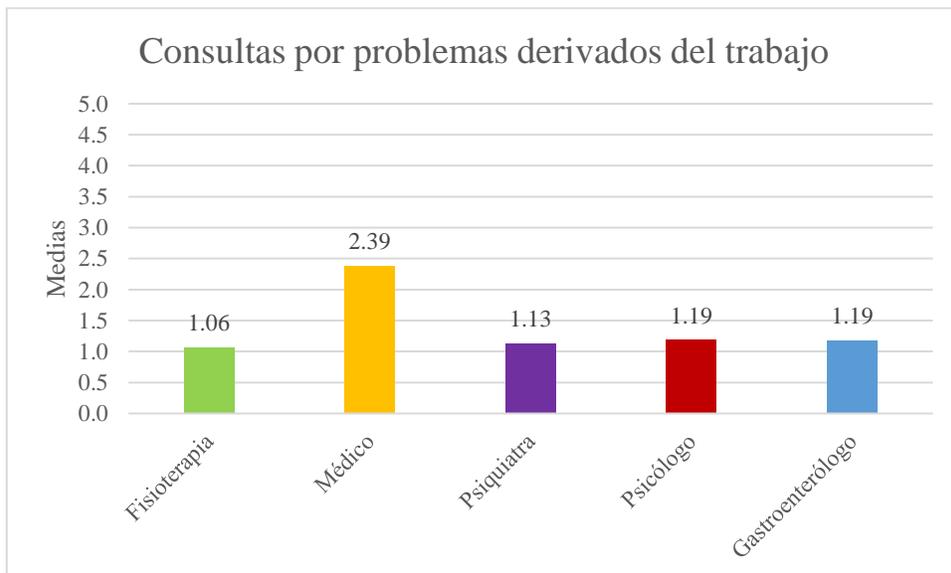
Salud y trabajo

En la siguiente gráfica de salud y trabajo, se observa que es poca la medida en que la salud mental de los directivos y mandos medios está en riesgo, al igual que, es poca la medida que su trabajo afecta positivamente en su salud. Con respecto a la medida en la que su trabajo afecta negativamente su salud indican que es en poca medida (gráfica 5).

En la gráfica 6, se observa que, en cuanto a la asistencia a consultas al médico por problemas derivados del trabajo, los trabajadores reportan con mayor frecuencia haber asistido una vez al año y nunca han asistido al fisioterapeuta por problemas que se deriven de su trabajo.



Gráfica 5. Salud y trabajo



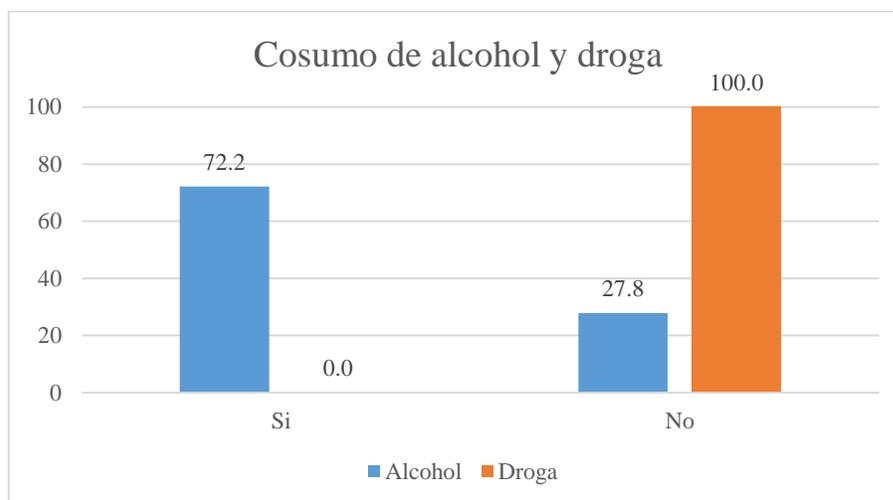
Gráfica 6. Consultas por problemas derivados del trabajo

Consumo de alcohol y droga

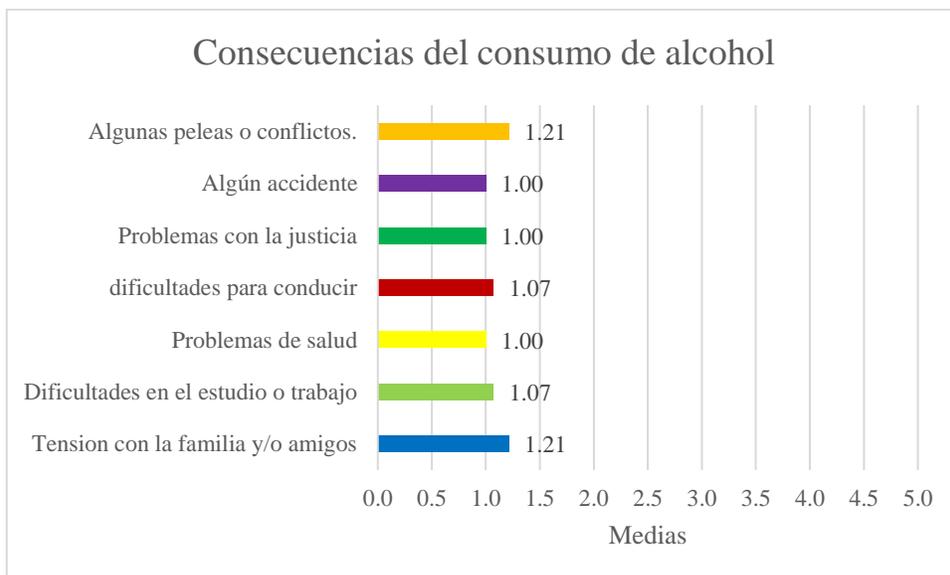
En cuanto al consumo de alcohol el 72.2% de ellos consume bebidas alcohólicas y el 27.8% no lo consume. En cambio, el consumo de drogas nos indica que el 100% de los participantes no las consume, ver gráfica 7.

La gráfica 8, muestra los problemas que tienen los participantes al consumir bebidas alcohólicas. Y es que, en el último año nunca han tenido peleas o conflictos, y también, nunca han tenido un accidente, ni problemas con la justicia y tampoco problemas de salud.

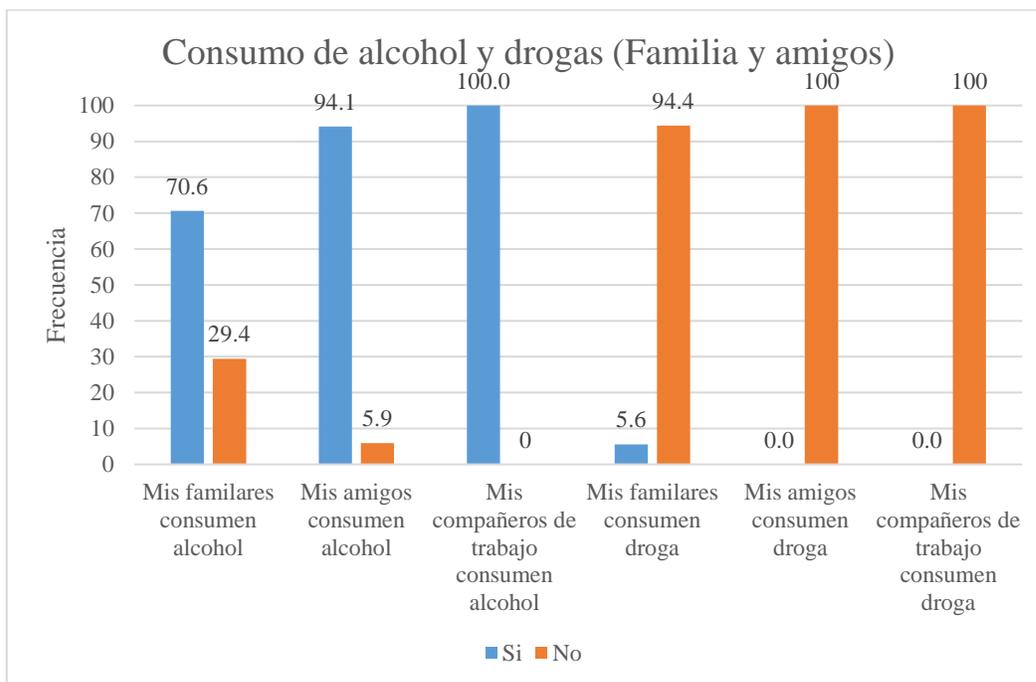
La gráfica 9, señala que todos los trabajadores perciben que sus compañeros de trabajo sí consumen bebidas alcohólicas, el 94.1% de los participantes señaló que sus amistades igual consumen alcohol y un 70.6% de los participantes indicó que también sus familiares consumen bebidas alcohólicas. Con respecto al consumo de droga, todos los trabajadores señalaron que ni sus amigos ni compañeros de trabajo consumen drogas, pero el 5.6% de ellos indicó que sus familiares sí consumen.



Gráfica 7. Consumo de alcohol y droga



Gráfica 8. Consecuencias del consumo de alcohol

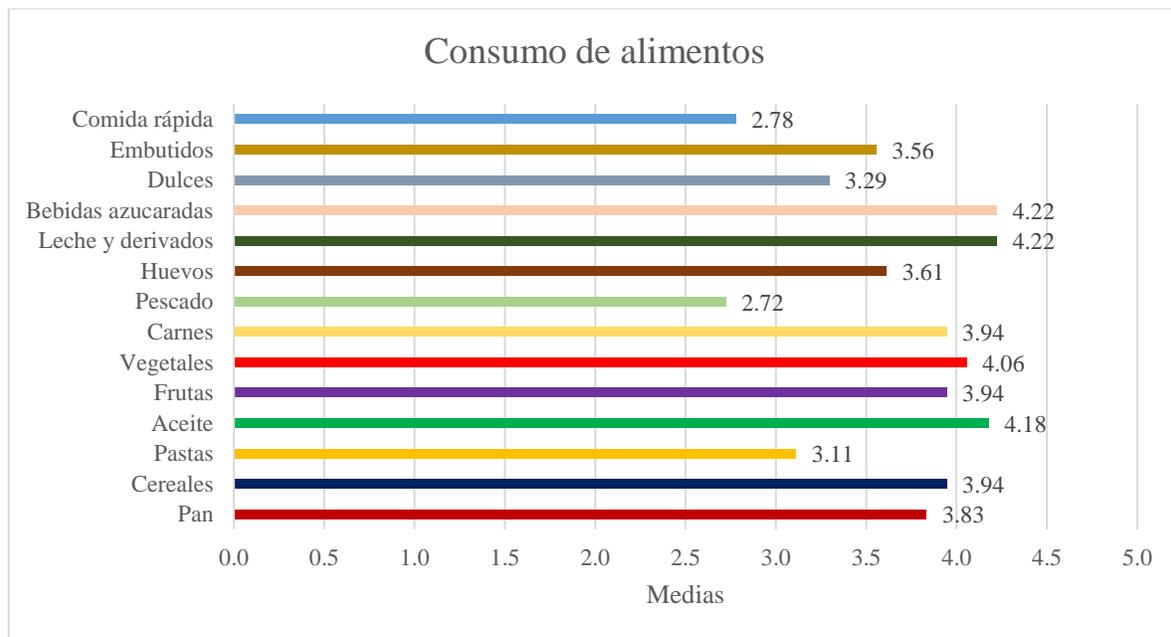


Gráfica 9. Consumo de alcohol y drogas en la familia y amigos

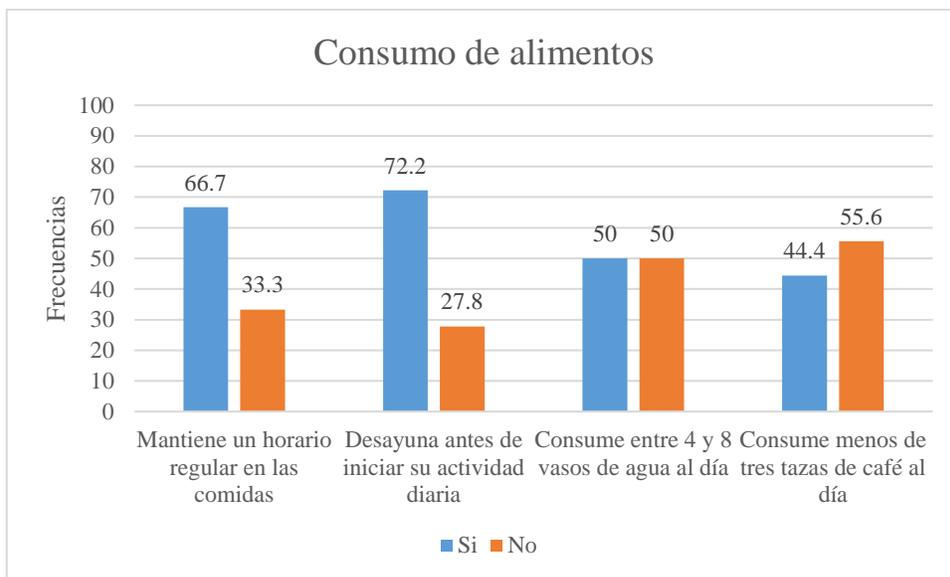
Consumo de alimentos

La alimentación es importante en un estilo de vida saludable, es por eso que esta gráfica permite visualizar que los directivos y mandos medios de la empresa consumen una variedad de alimentos, y es que, frecuentemente a la semana consumen bebidas azucaradas y leches y sus derivados. Lo que casi nunca consumen en la semana es pescado, ver gráfica 10.

La gráfica 11 muestra que 72.2% de los participantes sí desayuna antes de iniciar su actividad diaria, y el 44.4% de ellos consume menos de tres tazas de café al día.



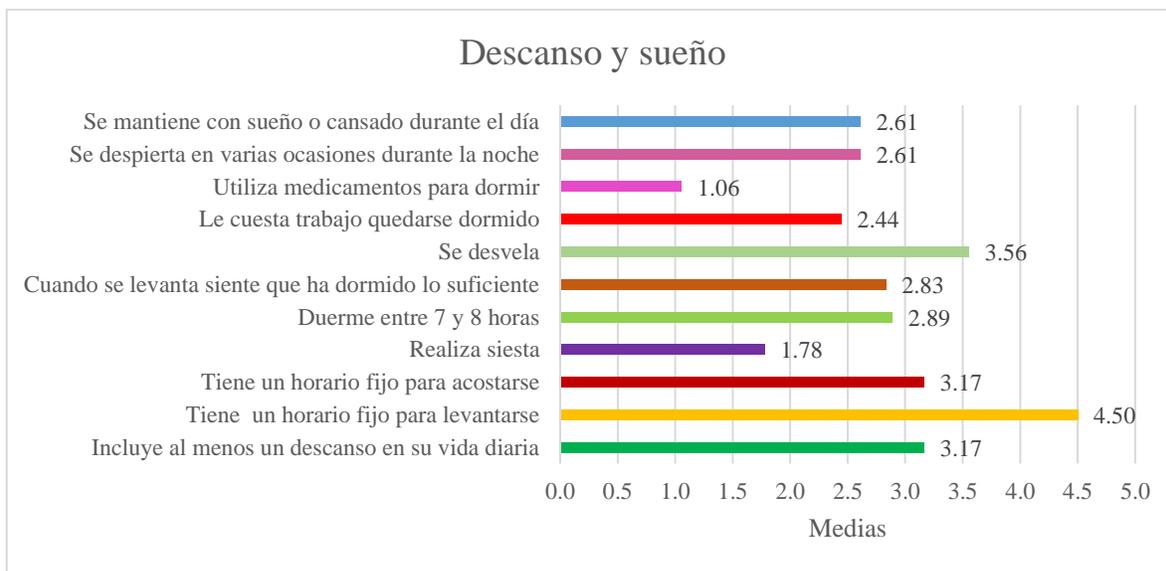
Gráfica 10. Consumo de alimentos



Gráfica 11. Horario en las comidas

Descanso y sueño

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin ellos la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. De esta manera, el gráfico 12 permite ver que casi siempre a la semana los directivos y mandos medios tienen un horario fijo para levantarse, y también, se puede observar que nunca utilizan medicamentos para dormir.



Gráfica 12. Descanso y sueño

A partir de los resultados generales, la organización decidió establecer las áreas de oportunidad y fortalezas en el área de la salud, para lo cual, se determinó considerar un área de oportunidad los resultados con medias de 1, 2 y 3 y las fortalezas de 4 y 5. A continuación, se presenta la tabla de fortalezas y áreas de oportunidad para cada hábito de vida saludable, ver tabla 2.

Tabla 2.

Fortalezas y áreas de oportunidad en hábitos de vida saludable

HÁBITO	FORTALEZAS	ÁREA DE OPORTUNIDAD
DEPORTES Y ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE	Algunas veces caminan	Nunca hacen taichí, ni yoga, ni béisbol, ni van al gimnasio. Casi nunca trotan y juegan fútbol.
CONDUCTA SALUDABLE	Asisten con mayor frecuencia al médico, con un porcentaje del 89%. Se realizan examen médico, presión arterial, examen de colesterol, observan su cuerpo...	El 53% no ha asistido al odontólogo ni se ha hecho exámenes de urología. El 67% no mantiene el peso corporal de acuerdo a su talla.
SALUD Y TRABAJO	Perciben que su trabajo nunca afecta negativamente su salud física ni mental.	Perciben que casi nunca su trabajo les afecta positivamente a su salud.
ALCOHOL	El consumo de alcohol en el último año no le ha traído problemas con la salud, trabajo, etc.	Más del 70% de los trabajadores así como sus familiares, amigos y compañeros de trabajo beben alcohol.
DROGAS	Los trabajadores nunca consumen drogas.	A partir del diagnóstico, el 6% de sus familiares sí consumen algún tipo de droga.
CONSUMO DE ALIMENTOS	El 67% mantiene horarios regulares de sus comidas. El 72% desayuna antes de iniciar actividades...	El 50% consume entre 4 y 8 vasos de agua al día. Consumen casi siempre bebidas azucaradas, casi nunca consumen pescado, casi siempre consumen aceite, algunas veces consumen embutidos, al igual que dulces.
DESCANSO Y SUEÑO	Casi siempre tienen un horario fijo para levantarse, algunas veces incluyen un descanso en su vida diaria, casi nunca se mantienen cansados durante el día.	Casi nunca duermen entre 7 y 8 horas, casi nunca sienten que han dormido lo suficiente y nunca realizan siestas.

Fuente: Elaboración propia.

Como conclusión a este capítulo de tesis, es necesario mencionar que este diagnóstico sobre la salud y los hábitos de vida saludable de los trabajadores debe impactar sobre las estrategias que la organización utilizará para emprender acciones en cuanto a su salud y bienestar, lo que a su vez impactará en la eficiencia de la organización para realizar funciones, y para alcanzar su visión y misión. Este diagnóstico, permitió que se puedan observar áreas de oportunidad en salud, entre las cuales destacan las variables de conducta saludable, consumo de alimentos, deportes y actividades al aire libre, descanso y sueño, y consumo de alcohol.

En el siguiente capítulo, se puede observar las técnicas que se llevaron a cabo cumplir con los planes de acción y la priorización de los hábitos de vida saludable que se trabajaron con los directivos y mandos medios.

Capítulo III. Programa de intervención

3.1 Introducción

El presente programa de intervención tiene como alcance sensibilizar, informar y poner en práctica técnicas que impulsen a desarrollar hábitos de vida saludable, en este caso, por decisión de los directivos y mandos medios, uno de los hábitos a desarrollar fue el de descanso y sueño. El modelo utilizado en este trabajo para la promoción de los hábitos de vida saludable es el modelo de Pender (Aristizabal Hoyos, et al., 2011).

3.2 Objetivos

Promocionar e implementar prácticas específicas en hábitos de vida saludable, que permitan influir en el bienestar de los directivos y mandos medios de la empresa; esto tendrá como un efecto indirecto un incremento en la productividad.

3.3 Programa de intervención

Se usó la Técnica TKJ con la intención de captar soluciones con el consenso del grupo, posteriormente se implementó un diagrama de árbol para que los directivos prioricen el hábito que deseaban trabajar.

El procedimiento para la técnica TKJ fue el siguiente:

Primera parte (30 min)

1. Se formaron siete grupos de trabajo.
2. Se proporcionó el formato donde pudiesen ubicar el hábito, fortaleza y áreas de oportunidad, en este caso se trabajó sobre el área de oportunidad. Se dio un tiempo

de tres minutos para leer y preguntar si tuvieran alguna duda. En este tiempo, se les proyectó los resultados del diagnóstico, además de proporcionarles las fortalezas y áreas de oportunidad mediante una tabla. El formato se encuentra en el apéndice 2.

3. Se entregaron tres tarjetas en blanco y bolígrafos.
4. Cada grupo anotó tres propuestas o planes de acción. **IMPORTANTE:** Cada propuesta fue escrita en una tarjeta y las propuestas a realizar debieron estar enfocadas a la organización).
5. Cada grupo leyó sus tarjetas y determinaron cuáles creían que eran más importantes y viables para la organización. Se enumeró cada tarjeta del 1 al 3, siendo la primera la más importante de realizar. **IMPORTANTE:** mantener el orden y silencio para cada grupo al momento que otro grupo expusiera sus propuestas.

Segunda parte (20 min)

1. Un representante del grupo leyó en voz alta la primera línea de acción (La que señalaron con el número 1).
2. Entre todos los grupos eligieron la propuesta más importante a trabajar, señalándola como el número 1, después se señaló el segundo plan de acción y posteriormente el tercero.

A continuación, se presentan las propuestas de acción elaboradas por los directivos y mandos medios. Es importante mencionar que se realizaron propuestas para todos los hábitos de vida saludable. Ver tablas de la 3 a la 9.

Tabla 3.

Propuestas para el hábito de consumo de alimentos

Hábito: Consumo de alimentos	Número de propuesta: 1
<p>Promover que el personal haga mínimo 5 comidas diarias, buscando que sean balanceadas.</p> <p>La instalación de un horno de microondas y refrigerador en oficinas técnicas, ayudaría para que el personal pueda calentar sus alimentos.</p>	
Hábito: Consumo de alimentos	Número de propuesta: 2
<p>Que la compañía rehabilite y ponga en operación nuevamente el comedor interno de planta.</p> <p>Con el comedor activo, se pueden ofrecer comidas balanceadas, incluyendo pescado al menos una vez por semana.</p>	
Hábito: Consumo de alimentos	Número de propuesta: 3
<p>Hacer campañas para explicar el plato del buen comer, buscando con esto que el personal sepa los beneficios de hacer comidas balanceadas.</p>	
Hábito: Consumo de alimentos	Número de propuesta: 4
<p>Para cambiar el hábito de consumo de bebidas azucaradas, podemos proponer dos fases:</p> <p>1 era. Fase: Que las máquinas de bebidas solo ofrezcan productos bajos en calorías o light.</p> <p>2 da. Fase: Eliminar los dispensadores de bebidas azucaradas. Actualmente ya se retiró una máquina del área.</p>	
<p>Fuente: Elaboración propia</p>	

Tabla 4.

Propuestas para el hábito de deportes y actividades al aire libre

Hábito: Deportes y actividades al aire libre	Número de propuesta: 1
Maratón familiar	
Fomentar 2 eventos, incluirá:	
<ul style="list-style-type: none"> - Carrera infantil (corriendo y bicicletas) - Carrera de adultos - Carrera relevos familiar 	
Hábito: Deportes y actividades al aire libre	Número de propuesta: 2
Convivio familiar por evento:	
<ul style="list-style-type: none"> - Hanal Pixán - Visita lugar de trabajo de papá o mamá (recorrido, comida y recreativos) 	
Hábito: Deportes y actividades al aire libre	Número de propuesta: 3
Torneos internos deportivos	
<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar 2 torneos al año (fútbol, básquetbol y vólibol) 	
Fuente: Elaboración propia	

Tabla 5.

Propuestas para el hábito de consumo de alcohol

Hábito: Consumo de alcohol	Número de propuesta: 1
Implementar pláticas sobre el alcoholismo y sus consecuencias en la familia y en la sociedad.	
Hábito: Consumo de alcohol	Número de propuesta: 2

Pláticas de cómo afecta severamente el alcoholismo a la salud de las personas. Campañas en el sector salud para ver que el alcoholismo no es sólo un problema social, sino ya una enfermedad grave.

Hábito: Consumo de alcohol

Número de propuesta: 3

Ser más estrictos al momento de aplicar el alcoholímetro en el lugar de trabajo, para hacerle ver a los demás la importancia de cero alcohol en el lugar de trabajo.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6.

Propuestas para el hábito de consumo de drogas

Hábito: Consumo de drogas

Número de propuesta: 1

Dar pláticas sobre el tema (testimoniales y de impacto) durante la semana de salud que incluya a familiares.

Hábito: Consumo de drogas

Número de propuesta: 2

Proporcionar información escrita por medio de trípticos para que lleven a sus casas.

Hábito: Consumo de drogas

Número de propuesta: 3

Contar con ayuda y asesoría profesional (anónima) en planta para tratar este y otros temas.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7.

Propuestas para el hábito de descanso y sueño

Hábito: Descanso y sueño

Número de propuesta: 1

Generar el hábito de descanso (dormir en la noche) de forma rutinaria.

Hábito: Descanso y sueño

Número de propuesta: 2

Respetar rol de turnos y mantener disciplina en evitar faltas.

Hábito: Descanso y sueño

Número de propuesta: 3

Evitar ingerir café o alcohol por la tarde.

Hábito: Descanso y sueño

Número de propuesta: 4

Evitar jornadas laborales superiores a 12 horas.

Hábito: Descanso y sueño

Número de propuesta: 5

Activarse físicamente durante la jornada laboral y/o descanso.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8.

Propuestas para el hábito de salud y trabajo

Hábito: Salud y trabajo

Número de propuesta: 1

-
- Posicionar y difundir los programas que fomentan la salud en los colaboradores de planta Mérida.
 - Junta mensual de resultados, exponer a detalle los resultados del médico.

Hábito: Salud y trabajo

Número de propuesta: 2

Evaluaciones médicas periódicas, cada 3 meses.

Hábito: Salud y trabajo

Número de propuesta: 3

Enfocar la semana de seguridad y salud en temas de salud (20% seguridad, 80% salud).

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9.

Propuestas para el hábito de conducta saludable

Hábito: Conducta saludable	Número de propuesta: 1
Realizar exámenes periódicos cada 6 meses, de esta manera se promueven hábitos de conducta saludable, con programas de salud (revisión de peso, nutriólogo, actividades físicas).	
Hábito: Conducta saludable	Número de propuesta: 2
Gestionar por parte del doctor una revisión dental periódica cada 3 o 6 meses.	
Hábito: Conducta saludable	Número de propuesta: 3
Pláticas de concientización en cuanto a temas de salud, referente a las consecuencias de no tener hábitos de revisión médica (presión arterial, colesterol, etc.).	
Fuente: Elaboración propia	

A partir de las propuestas descritas anteriormente, se continuó con la elaboración del diagrama de árbol. Este diagrama se elaboró con las priorizaciones que se les dieron a las propuestas y de esta manera se señalaron los tres principales hábitos a trabajar, ver figura 3.

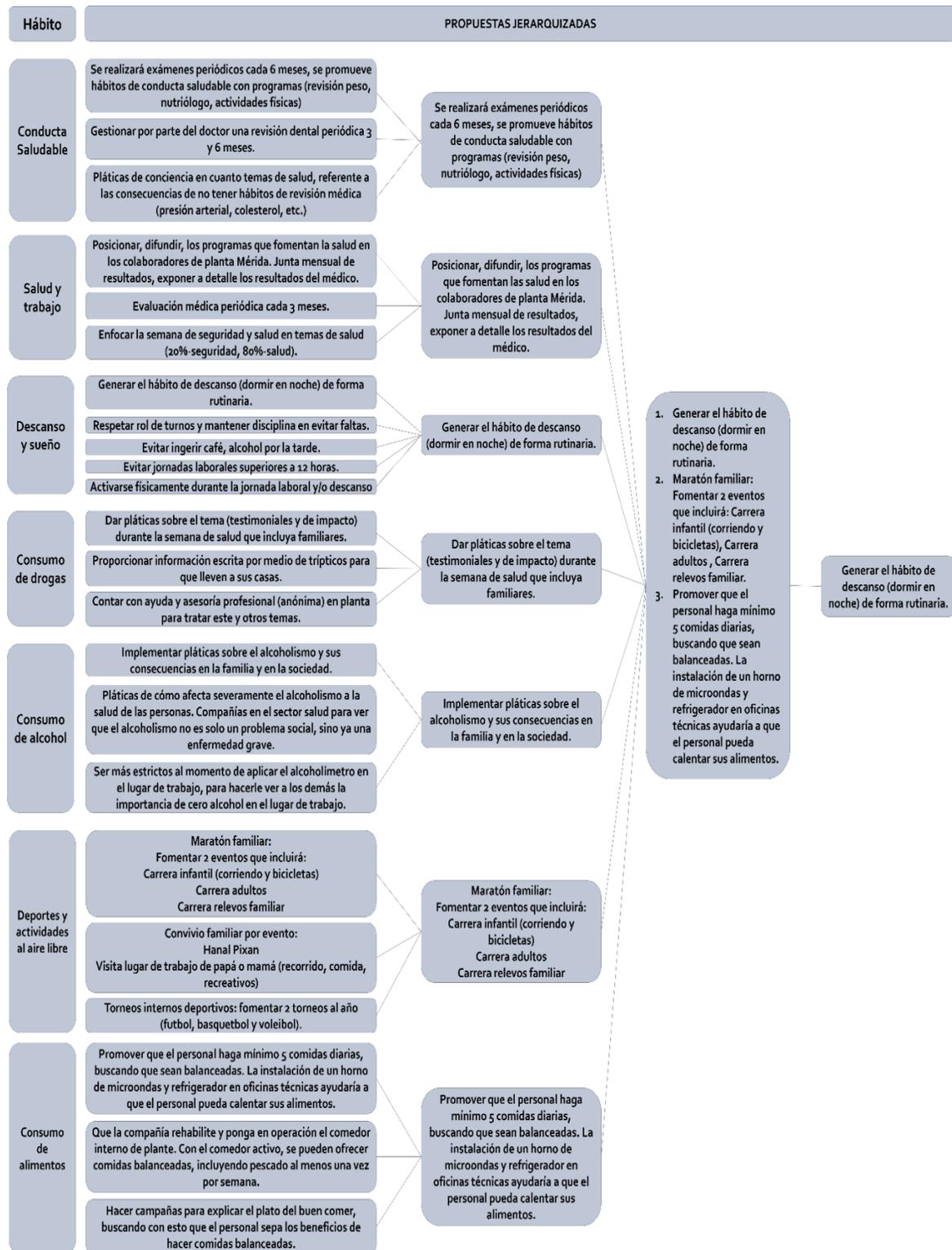


Figura 3. Diagrama de árbol (Priorización de hábitos). Fuente: Elaboración propia.

Con la intención de que los directivos y mandos medios, pudieran concientizarse sobre la importancia que tiene cada hábito en su vida laboral, familiar y personal, se realizó un taller de sensibilización, mismo que pudiera ayudar a la implementación de los nuevos hábitos saludables. A partir de este momento la intervención se encuentra en la etapa de acción según el modelo de De Faria Mello. A continuación, se presenta la carta descriptiva del taller.

Taller de sensibilización en hábitos de vida saludable		Duración total: 65 minutos	Fecha: Miércoles 10 de enero de 2018
Nombre del Facilitador: David Alberto Huchín Aké			Horario: De 10:00 a.m. a 11:05 a.m.
Lugar de impartición: Sala de juntas de la organización	Dirigido a: Directivos y mandos medios	Conocimientos y habilidades requeridas: Ninguna	
Objetivo general: Concientizar sobre la importancia de practicar los hábitos de vida saludable y el impacto que genera en la vida personal, familiar y laboral; mediante una técnica fundamentada en el desarrollo organizacional.			No. de participantes: 18

Actividad	Alcance	Duración	Procedimiento	Recursos
1. Bienvenida y objetivo	Se agradece la presencia de los participantes y se presenta el objetivo de la sesión.	2 min.	El facilitador toma la palabra y agradece por la asistencia y cooperación de los participantes. Posteriormente, se	<ul style="list-style-type: none"> • Reloj. • Laptop, usb y proyector. • Presentación en Power Point.

			da a conocer el objetivo del taller.	
2. Impartición del taller	Concientizar a los participantes de que pongan en práctica los hábitos de vida saludable.	30 min.	El facilitador expone mediante ejemplos prácticos en qué consisten los siete hábitos de vida saludable que se han estado desarrollando en la intervención y cuáles son las consecuencias en los distintos ámbitos de su vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Reloj. • Laptop, usb y proyector. • Presentación en Power Point.
3. Vídeo para reflexionar	Los participantes deben de reflexionar sobre los obstáculos que ellos mismos concurren antes de iniciar un cambio en su vida.	7 min.	El expositor proyecta el vídeo y va observando el lenguaje corporal de cada uno de los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop, usb y proyector. • Vídeo “La transformación del águila”. • Bocinas
4. Debate “Se puede cambiar”	La intención del debate, es que los participantes se motiven a partir de	10 min.	El facilitador forma 3 grupos, un grupo que enliste las circunstancias que favorecen un	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Lápices • Mesas • Reloj

	diferentes puntos de vista y de esta manera comprendan la importancia de implementar cambios en su vida.		cambio, otro grupo que enliste los obstáculos que impiden un cambio y el tercer grupo que enliste los pasos para cambiar. Posteriormente, se les pide que compartan sus opiniones entre los grupos.	
5. Carta compromiso	La intención de esta carta, es de llevar a los participantes a tomar decisiones que involucren practicar los hábitos de vida saludable.	4 min.	Los facilitadores hacen entrega del formato “Carta compromiso”, de esta manera se pasa a ir leyendo el contenido de la misma. A continuación, se les pide que firmen la carta. Ver apéndice 2.	<ul style="list-style-type: none"> • Carta compromiso • Bolígrafos • Proyector
6. Programa de entrenamiento	Este programa tiene la finalidad que el participante sea supervisado por	4 min.	El facilitador explica cómo ir llenando el formato del programa de entrenamiento y de	<ul style="list-style-type: none"> • Formato “Programa de entrenamiento” • Bolígrafos • Proyector

	un compañero para ir adquiriendo un hábito de vida saludable, mismo que el participante elegirá.		igual forma el trabajo que debe desempeñar el supervisor como mandar mensajes o recordatorios para el participante que está en entrenamiento. De igual forma, el facilitador forma binas para que trabajen. Ver apéndice 4.	
7. Entrega de separador de libro	El separador de libro tiene la finalidad de ser un recordatorio para cada uno de los participantes, ya que este incluye tips para ir formando un hábito.	2 min.	El exponente comenta que la finalidad de este separador es de recordar en cada momento la importancia de practicar los hábitos de vida saludable y cómo ir formando cada hábito. Ver apéndice 5.	<ul style="list-style-type: none"> • Separador de libro.
8. Contestar encuesta y	La encuesta tiene como finalidad	5 min.	El exponente hace entrega a cada	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de asistencia.

firma de asistencia	medir la calidad del taller y la presentación del facilitador. De igual forma, sugerir cambios o modificaciones del taller.		participante la encuesta y explica la intención de la misma. Ver apéndice 6. Posteriormente, se entrega la hoja de asistencia para que se registren.	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de satisfacción. • Bolígrafos.
----------------------------	---	--	--	--

Dando continuidad con el hábito que los directivos y mandos medios han priorizado con el número uno, se impartió la plática “Higiene del sueño”. Esta estuvo a cargo del Dr. Jesús Moo Estrella, encargado del laboratorio del sueño de la Facultad de Psicología de la UADY.

El objetivo de la plática fue informar a los directivos y mandos medios de la organización sobre la importancia de poner en práctica la higiene del sueño. Para ello, se abarcaron temas como la importancia de un buen descanso en la noche, los efectos negativos que pueden tener los ronquidos, el insomnio, la parálisis del sueño, la alimentación saludable para conciliar el sueño, entre otras temáticas relacionadas con la higiene del sueño. Posteriormente, se dio un espacio de preguntas con la finalidad de que los participantes resuelvan dudas vivenciales. La plática tuvo una duración de 1 hora aproximadamente.

Capítulo IV. Resultados de intervención

4.1 Evaluación (efectos y/o proceso)

Esta etapa de evaluación según el modelo de De Faria Mello, es de gran relevancia, ya que, a partir de esta se pudieron observar los cambios en la organización y de esta manera ser una parte enriquecedora para las dos partes (empresa y consultor). Hay que entender que una evaluación es un conjunto de actividades planificadas, de recopilación de información y analíticas realizadas para proporcionar a los responsables de la gestión del cambio una respuesta satisfactoria de la evaluación de los efectos y/o el progreso del esfuerzo de cambio (Rothwell, Sullivan y McLean, 1995 citado por Gaynor, 2018).

Se construyó un instrumento para evaluar el proceso de la intervención y los planes de acción generados por la misma organización. La forma de respuestas está en forma de rúbrica, ver el apéndice 7. Esta sesión duró aproximadamente 40 min. Y en primera instancia, el consultor proporcionó a cada participante la rúbrica para que respondieran y evaluaran el proceso de intervención. De igual forma, se explicó cada apartado y se comentó que si tenían alguna pregunta sobre la rúbrica se hicieran en el desarrollo de la misma.

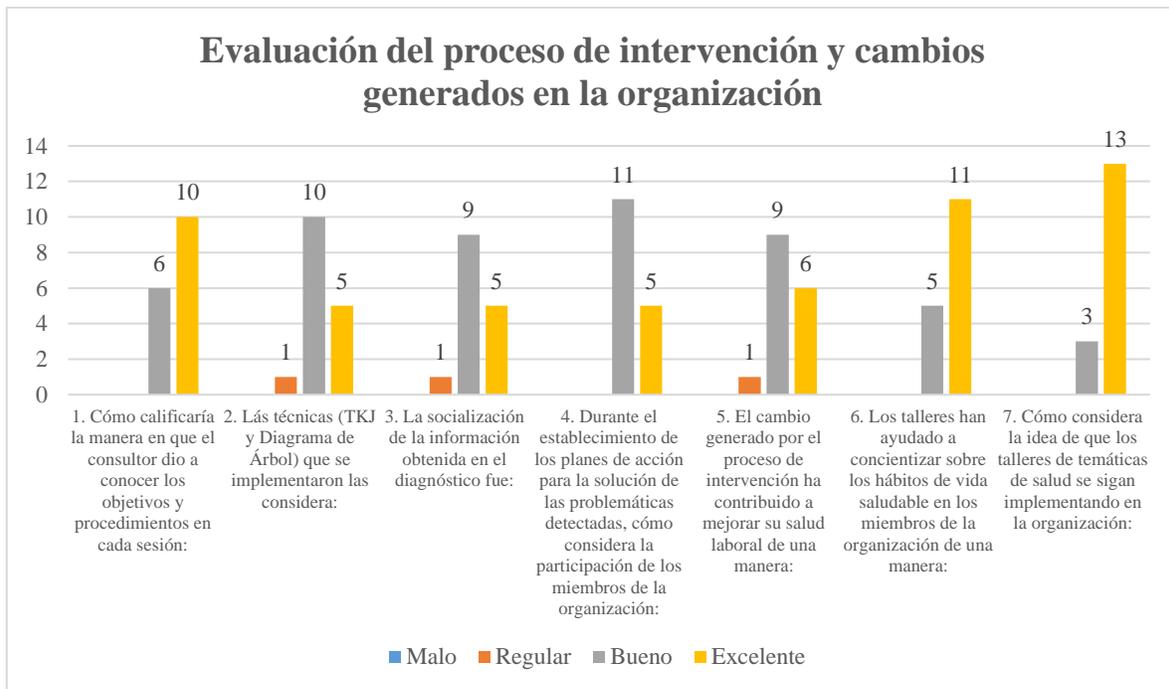
Al término de la aplicación del instrumento, el asesor de seguridad y salud de la planta agradeció el apoyo del consultor, así como cada uno de los directivos y mandos medios que fueron partícipes de este proceso de intervención en hábitos de vida saludable. De igual forma, el consultor agradeció por el tiempo de cada uno de los miembros y por la cooperación para este proyecto.

Posteriormente a la sesión, se analizaron los datos obtenidos de la rúbrica. Los resultados son los siguientes:

En la gráfica 13, se puede observar que el 62.5% de los directivos y mandos medios de la organización califican de manera **excelente** la forma en que el consultor dio a conocer los objetivos y procedimientos en cada sesión. Y el 37.5% de una manera **buena**. Con respecto a la pregunta 2, el 62.5% de los directivos y mandos medios menciona que las técnicas implementadas les pareció **buena** y sólo el 6.25% de manera **regular**. La pregunta 3, hace referencia sobre la socialización de la información que se obtuvo en el diagnóstico, el 56.25% de los directivos y mandos medios afirman que se hizo de una manera **buena** y 6.25% de manera **regular**.

Con respecto a la pregunta 4, el 68.75% de los directivos y mandos medios consideran que la participación de los miembros de la organización para el establecimiento de los planes de acción se realizó de manera **buena**, y el 31.25% de manera **excelente**. Para la pregunta 5, el 56.25% de los directivos y mandos medios afirman que el cambio generado por el proceso de intervención ha contribuido a mejorar su salud laboral de una manera **buena** y el 37.5% de una manera **excelente**.

En relación con los talleres, la pregunta 6 muestra que el 68.75% de los directivos y mandos medios confirman que los talleres han ayudado a concientizar de una manera **excelente** sobre temas de salud en los miembros de la organización. En la pregunta 7, el 81.25% de los directivos y mandos medios consideran una idea **excelente** que se sigan implementando talleres de temáticas de salud en la organización.



Gráfica 13. Evaluación del proceso de intervención y cambios generados en la organización

Para finalizar con este análisis, en la rúbrica se consideró una calificación general del proceso de intervención, misma que obtuvo un puntaje promedio de 9 por lo cual, esta calificación se puede considerar como **satisfactoria** para el proceso de intervención.

Capítulo V. Discusión y conclusiones

Es importante mencionar que el proceso de intervención se cumplió en su totalidad con base al modelo de cambio planeado de De Faria Mello, el cual se planteó en el marco teórico. En cuanto al tema de salud, es fundamental resaltar que las creencias que tienen los directivos y mandos medios sobre la salud influyen en los hábitos de vida saludable. Por ejemplo, se pudo escuchar que cuando ellos padecen de una enfermedad es muy probable que el que la sufre, desarrolle una serie de valoraciones que involucren el cambio de hábitos. Esto se puede relacionar a lo que nos comenta Amigo Vázquez (2014) que la enfermedad permite toda una serie de valoraciones en relación a los cambios que se van produciendo y que puedan influir notablemente en las conductas de salud que adopte.

De igual forma, se pudo observar que los directivos y mandos medios en el hábito de deportes y actividades al aire libre tienen una mayor oportunidad de desarrollar estas actividades. Hay que recordar que para que el cuerpo alcance un nivel óptimo de funcionamiento se requiere de actividad física regular. El ejercicio físico puede ayudar a tener un bienestar físico y psicológico ya que se perciben más saludables, con menor estrés y presentan un mejor estado de ánimo que aquellas otras que no realizan ningún tipo de ejercicio físico (Jiménez, Martínez, Miró, y Sánchez, 2008).

En cuanto a conducta saludable, se observó que los directivos y mandos medios tienen un gran número de fortalezas, pero de igual manera, tienen hábitos que pueden ir desarrollándolos como ir al odontólogo, hacerse exámenes de urología y mantener un peso corporal adecuado. Y es que la conducta saludable se ve relacionada e influida por el entorno

en donde se encuentran los directivos y mandos medios, ya que en este caso la gran mayoría de los directivos y mandos medios son hombres y ellos no perciben que sea importante ir al urólogo, esto puede ser por la influencia de la cultura. Esto se ve relacionado a lo que comenta Amigo Vázquez (2014) sobre la conducta saludable que es la actitud orientada hacia la salud que adoptan las personas y que están influidas por el entorno social, político y económico en el que viven.

Para el hábito de salud y trabajo, se pudo observar que los directivos y mandos medios perciben que casi nunca su trabajo afecta positivamente a su salud, algo importante para señalar es que el lugar o el entorno de trabajo debe propiciar un ambiente de trabajo saludable, como bien se ha comentado en este trabajo de investigación hay datos que muestran el impacto que tiene la salud en la productividad. Como ejemplo de esto es que una persona enferma que va a trabajar puede provocar pérdidas de hasta 4,5 veces más mermas de productividad que el ausentismo (IDC, 2016). Dicho esto, entendemos la importancia de las organizaciones saludables que menciona Lowe (2004) que son aquellas organizaciones en la cual la cultura, el clima y las prácticas, crean un entorno que promueve la salud y seguridad del empleado, así como la salud y seguridad organizacional.

Con respecto al consumo de alcohol se pudo observar que más del 70% de los trabajadores, así como sus familiares, amigos y compañeros de trabajo consumen alcohol, no obstante, se ha mencionado que se debe de tener un consumo moderado de alcohol de entre 10 y 30 g/día, esto para no tener una consecuencia en la vida laboral y/o familiar (Hvidtfeldt, et al., 2010).

Para el consumo de alimentos, se pudo observar que los directivos y mandos medios consumen casi siempre bebidas azucaradas, casi siempre consumen alimentos fritos y casi nunca son de consumir pescado. Esto se relaciona con lo que comenta Dura Trave y Castroviejo Gandarias (2011) que la modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos alimenticios. Lo cual, conlleva un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta.

Dando continuidad con el hábito de descanso y sueño, se observó que los directivos y mandos medios casi nunca duermen entre 7 y 8 horas, casi nunca sienten que han dormido lo suficiente y nunca realizan siestas. De aquí la importancia que ellos consideren priorizar como número uno este hábito para trabajar, ya que mencionan que algunos se sienten con estrés y cansancio. Recordemos lo que dice Reyes Gómez (2009) acerca que el descanso es un estado de actividad mental y física reducida, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas, esto se relaciona con la necesidad de los directivos y mandos medios de tener un descanso en su vida, sin estrés emocional y libres de ansiedad.

Ahora bien, el modelo de Pender tuvo la finalidad de que los sujetos involucrados tuvieran una conducta motivada por el deseo de alcanzar su bienestar y potencial. Y es de esta manera, que el modelo toma en consideración conductas previas y factores personales, al igual que percepciones de beneficios de acciones encaminadas a la salud. Con base en esto, los directivos y mandos medios de la organización propusieron impartir un taller de

concientización con la finalidad de que ellos puedan identificar aquellas conductas que propicien el cambio hacia las conductas saludables. Vale la pena mencionar que este modelo se ha implementado en diferentes casos de malos hábitos de vida saludable, un caso de éxito documentado lleva por nombre “La aplicación del modelo de Pender a un adolescente con sedentarismo”, este estudio detalla la operacionalidad de los conceptos principales del modelo de promoción de la salud y seguimiento para obtener buenos resultados (Trejo Martínez, 2010).

En cuanto al taller de sensibilización fue de gran ayuda ya que permitió que los directivos y mandos medios de la organización pudieran generar conciencia sobre la importancia que tiene cada hábito en su vida personal, laboral y familiar. De esta manera, los directivos y mandos medios percibieron los beneficios de tomar acciones positivas encaminadas a mejorar su salud laboral. De igual forma, percibieron barreras que en dado caso podrían interponerse para alcanzar los beneficios expresados, pero realizaron un análisis sobre las cosas que podrían realizar para vencer dichos obstáculos. Se consideró una variable sumamente importante el involucramiento de amigos y familiares en esta toma de acciones, ya que muchas veces esto ayuda a que el objetivo sea alcanzado con mayor facilidad.

Con base en los resultados obtenidos, se pudo observar que el apoyo de las técnicas empleadas para la sensibilización hacia el cambio permitió que los directivos y mandos medios de la organización pudieran abrirse a las posibilidades de modificar conductas. Recordemos que el propósito del Desarrollo Organizacional es buscar la mejora continua de las organizaciones, incluso ante las resistencias que se puedan presentar. Y es que, cuando se realiza un cambio, siempre ocasiona ansiedad, estrés, miedo ante la pérdida del equilibrio;

pero como se ha mencionado en el marco teórico, el diseño de la intervención es de gran ayuda para llevar a cabo estrategias que involucren la cooperación de las personas en el proceso del cambio planeado (Guízar, 2013). Asimismo, se puede ver que, en la evaluación de la intervención, los directivos y mandos medios han considerado que es bueno el cambio que ha generado la intervención para mejorar la salud ocupacional.

Recomendaciones: debido a la falta de tiempo y los diversos compromisos de los participantes de la organización no se pudo desarrollar el trabajo con los hábitos que se priorizaron como el segundo y el tercer lugar de importancia. Por lo cual se sugiere a la organización continuar trabajando en las siguientes acciones:

1. Concretar las fechas de los próximos talleres o pláticas.
2. Crear un comité de salud, que se encarguen de evaluar los avances de los participantes.
3. Que tanto el comité como los profesionales de la salud adscritos a la organización monitoreen periódicamente (cada 4 meses aproximadamente) los avances de cada participante.
4. Implementar nuevas técnicas que les ayude a generar ideas que puedan ser desarrolladas para llevar a cabo cada hábito de vida saludable.
5. Que la organización gestione con instituciones de salud la impartición de talleres, pláticas, etc.

Referencias

- Amigo Vázquez, I. (2014). *Manual de psicología de la salud*. México: Pirámide.
- Ania Palacio, J. M. (2007). *Guía para el diseño y la mejora de proyectos pedagógicos de educación y promoción de la salud*. Madrid: CIDE.
- Aristizabal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., & Ostigúin Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(4), 18-23.
- Ausentismo Economía. (2016). *IDC*. Recuperado el 30 de 05 de 2018, de <https://idconline.mx/laboral/2016/10/07/ausentismo-laboral-por-enfermedades-pega-a-economia>
- Badura, B. (1982). *Estilos de vida y salud: la perspectiva socioecológica*. España: Mensajero.
- Beckhard, R. (1980). *Desarrollo Organizacional: estrategias y modelos*. México: Fondo Educativo Interamericano.
- Bernal Herrero, J. (1996). *Formación general de seguridad e higiene del trabajo: aspectos teóricos, prácticos y legales de la salud laboral*. Madrid: Tecnos.
- Briceño-León, R., De Souza, M., y Coimbra, C. (2000). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. En R. Briceño-León, M. De Souza, & C. Coimbra, *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (págs. 15-24). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Burns, D. M. (2003). Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*, 46(1), 11-29.
- Cockerham, W. (2007). New directions in health lifestyle research. *International journal of public health*, 52(6), 327-328.
- De Faria Mello, F. A. (2016). *Desarrollo Organizacional. Enfoque Integral*. México: Limusa.
- Douglas, F., Van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., & Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *J adv Nurs*, 55(2), 159-168.
- Dura Trave, T., y Castroviejo Gandarias, A. (2011). Adherence to a Mediterranean diet in a college population. *NutrHosp*, 26(3), 602-608.
- EA-OHP. (2017). *EA-OHP.org*. Obtenido de <http://www.ea-ohp.org/>
- Epp, J. (1996). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. *Promoción de la salud: una antología*(557), 30.
- Fagerstrom, K. (2002). The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessations. *Drugs*, 62(2), 1-9.
- Feito Grande, L. (2000). *Ética profesional de la enfermería: filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: Promoción popular cristiana.

- Ferrando, J., Plasencia, A., Oros, M., Borrel, C., y Kraus, J. F. (2000). Impact of a helmet law on two wheel motor vehicle crash mortality in a southern European urban area. *Inj Prev*, 6(3), 184-188.
- García, A. M., Benavides, F., y Ruiz-Frutos, C. (2000). *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson.
- Gavidia, V., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*(26), 161-175.
- Gaynor, E. (2018). *Organization Development International*. Obtenido de <http://theodinstitute.org/joomla/transformando-empresas/etapas-de-desarrollo-organizacional-en-empresas/12-etapas-de-desarrollo-organizacional-en-empresas/100-sexta-fase-del-ciclo-de-cambio-evaluacion.html>
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M. Y., Macías Ladino, A. M., Valencia Garcés, C. A., & Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludable. *Hacia la promoción de la salud*, 15(1), 128-143.
- Góes Pereira, V. L., Focesi Pelicioni, M. C., Ribeiro Campos, N. Z., y L'Abbate, S. (2000). Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: Especificidades, interfaces, intersecciones. *Promotion & Education: International Journal of Health Promotion and Education*, 7(4), 8-12.
- Gómez, I. C. (2006). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universidad de Psicología, Universidad del Valle*, 6(1), 105-113.

- Graybiel, A., y Smith, K. (2014). *Investigación y ciencia*. Obtenido de <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/neurociencia-de-los-hbitos-606/psicobiologa-de-los-hbitos-12276>
- Guízar, R. (2013). *Desarrollo Organizacional: principios y aplicaciones*. México: McGraw-Hill.
- Hausmann, H. J. (2007). Smoking and lung cancer: future research directions. *Int J Toxicol*, 26(4), 353-364.
- Hvidtfeldt, U. A., Tolstrup, J. S., Jakobsen, M. U., Heitmann, B. L., Gronbaek, M., y O'Reilly, E. (2010). Alcohol intake and risk of coronary heart disease in younger, middle-aged, and older adults. *Circulation*, 121(14), 1589-1597.
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E., y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Juárez García, A. (2007). Psicología de la salud ocupacional: área de oportunidad en México. *Respyn. Revista Salud Pública y Nutrición*, 8(3), 1-3.
- Kickbush, I. (1996). *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPS.
- Lowe, G. S. (2004). *The Graham Lowe Group Inc*. Recuperado el 12 de 06 de 2018, de <http://www.grahamlowe.ca/documents/93/Hlthy%20wkpl%20strategies%20report.pdf>

Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida. riesgos y construcción social. Conceptos similares y significado diferentes. *Estudios sociológicos*, 46, 37-67.

Mukamal, K. J., & Rimm, E. B. (2008). Alcohol consumption: risk and benefits. *Curr Atheroscler Rep*, 10(6), 536-543.

Münch Galindo, L. (2010). *Administración: Gestión organizacional, enfoques y proceso administrativo*. México: Pearson Educación.

Oblitas Guadalupe, L. A. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning.

Organización Internacional del Trabajo. (2003). Actividades normativas de la OIT en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo: estudio detallado para la discusión con miras a la elaboración de un plan de acción sobre dichas actividades. *Conferencia Internacional del Trabajo* (págs. 1-138). Ginebra: OIT.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Salud ocupacional para todos*. Ginebra: OMS.

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. (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/occupational_health/es/
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en la salud laboral*. Santiago de Chile: Oficina Internacional del Trabajo.
- Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Reyes Gómez, E. (2009). *Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología*. México: Manual Moderno.
- Ritzer, G. (2002). Teoría sociológica clásica. En G. Ritzer, *Teoría sociológica clásica* (pág. 207). Madrid: Mc Graw Hill.
- Sasco, A., Secretan, M. B., y Straif, K. (2004). Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung cancer*, 45(2), 3-9.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Scientific Electronic Library Online*, 9(2), 9-21.
- Tobón Correa, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia la promoción de la salud*(8), 37-49.
- Trejo Martínez, F. (2010). Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. *Enfermería Neurológica*, 9(1), 39-44.

Apéndices

Apéndice 1

Instrumento Hábitos de Vida Saludable de De Lille (2015)

7. DEPORTES Y ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE

De la siguiente lista de deportes, marque con una “X” la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades

Ejercicio y actividades al aire libre	Nunca	Casi nunca (1 a 3 veces al mes)	Algunas veces (1 a 2 veces a la semana)	Frecuentemente (3 a 5 veces a la semana)	Siempre (Todos los días)
1. Caminar					
2. Trotar					
3. Gimnasio					
4. Otro:					
Deportes colectivos (en grupo)					
5. Fútbol					
6. Béisbol					
7. Otro:					
Actividades de relajación					
8. Yoga					
9. Taichí					
10. Otro:					

9. SALUD Y TRABAJO

Salud y trabajo	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. ¿En qué medida su salud mental está en riesgo por el trabajo que realiza?					
2. ¿En qué medida su salud física está en riesgo por el trabajo que realiza?					
3. ¿En qué medida su trabajo afecta positivamente su salud?					

13. DESCANSO Y SUEÑO

	Nunca	Casi nunca (1 a 3 veces al mes)	Algunas veces (1 o 2 veces a la semana)	Casi siempre (3 a 6 veces a la semana)	Siempre (Diario)
1. Incluye momentos de descanso en su vida diaria					
2. Tiene un horario fijo para levantarse					
3. Tiene un horario fijo para acostarse					
4. Realiza siesta					
5. Duerme entre 7 y 8 horas					
6. Cuando se levanta siente que ha dormido lo suficiente					
7. Se desvela					

Apéndice 2

Formato Técnica TKJ

Hábito:	Número de propuesta:

Apéndice 3

Formato Carta Compromiso

CARTA COMPROMISO

Mérida, Yucatan a ____ de _____ de 2018.

Me comprometo conmigo mismo y con mis compañeros del trabajo a poner todo mi empeño con honestidad a conseguir mi objetivo de practicar los hábitos de vida saludable.

De igual forma, me comprometo a llevar a cabo el programa de estrenzamiento durante un mes con la finalidad de que me sienta motivado y a la vez supervisado para el logro de mi objetivo.

Estoy consciente de que el practicar dichos hábitos de vida saludable mejorará mi estilo de vida personal, familiar y laboral. Es por esto, que el día de hoy estoy decidido a implementar un nuevo hábito de vida saludable en mi vida.

Por todo lo anterior, mi compromiso empieza el día de hoy, y haré todo lo que esté en mi mano con orden, entusiasmo, focalizado a la meta a alcanzar y con el apoyo de mis compañeros.

Nombre y firma del participante



Apéndice 4

Formato Programa de Entrenamiento

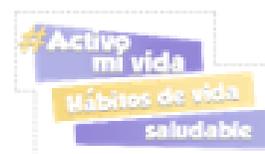
PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO

Participante: _____ Supervisor: _____
 Hábito saludable a lograr del participante: _____

Instrucciones: supervisar que el participante cumpla con el hábito que desea lograr.
 Posteriormente, registrar en el cuadro con un ✓ si el hábito fue realizado en el día, sino
 cumplió, registrar el motivo por el cual no lo realizó.

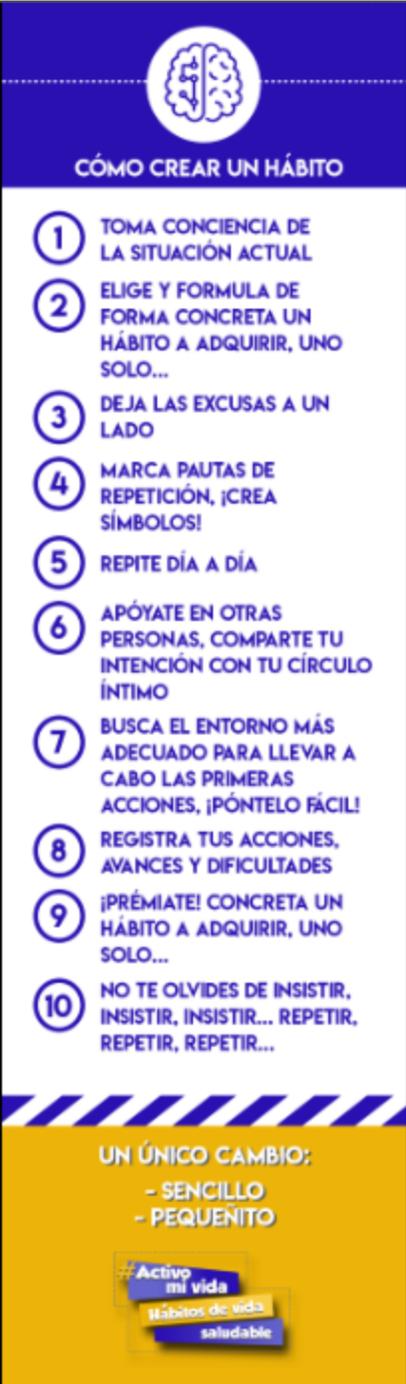
Enero 2018						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	01	02	03	04

Observaciones:



Apéndice 5

Separador de Libro





CÓMO CREAR UN HÁBITO

- 1 TOMA CONCIENCIA DE LA SITUACIÓN ACTUAL
- 2 ELIGE Y FORMULA DE FORMA CONCRETA UN HÁBITO A ADQUIRIR, UNO SOLO...
- 3 DEJA LAS EXCUSAS A UN LADO
- 4 MARCA PAUTAS DE REPETICIÓN, ¡CREA SÍMBOLOS!
- 5 REPITE DÍA A DÍA
- 6 APÓYATE EN OTRAS PERSONAS, COMPARTE TU INTENCIÓN CON TU CÍRCULO ÍNTIMO
- 7 BUSCA EL ENTORNO MÁS ADECUADO PARA LLEVAR A CABO LAS PRIMERAS ACCIONES, ¡PÓNTELO FÁCIL!
- 8 REGISTRA TUS ACCIONES, AVANCES Y DIFICULTADES
- 9 ¡PRÉMIASTE! CONCRETA UN HÁBITO A ADQUIRIR, UNO SOLO...
- 10 NO TE OLVIDES DE INSISTIR, INSISTIR, INSISTIR... REPETIR, REPETIR, REPETIR...

UN ÚNICO CAMBIO:
- SENCILLO
- PEQUEÑITO

Activo
mi vida
Hábitos de vida
saludable

Apéndice 6

Encuesta de Satisfacción Taller de Sensibilización

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Estamos muy interesados en tu satisfacción, por lo cual, el propósito de esta encuesta es conocer tu opinión y sugerencias en referencia a este taller, las cuales nos permitirán ir mejorando. Por consiguiente, 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. La técnica 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

Apéndice 7

Rúbrica Evaluación del Proceso de Intervención y Cambios Generados en la Organización

Evaluación del proceso de intervención y cambios generados en la organización

Datos Generales

Nombre del cargo o puesto que ocupa: _____
 Edad: _____
 Fecha: _____

Instrucciones: Marque con una "X" el número que se adecue al grado correspondiente en cada uno de los siguientes enunciados relacionados con el proceso de intervención realizado en su organización. Los grados son los siguientes:

1. Malo 2. Regular 3. Bueno 4. Excelente

<i>Enunciados</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1. Cómo calificaría la manera en que el consultor dio a conocer los <u>objetivos y procedimientos</u> en cada sesión.				
2. Las <u>técnicas (TKJ y Diagrama de árbol)</u> que se implementaron las considera:				
3. La <u>socialización de la información</u> obtenida en el diagnóstico fue:				
4. Durante el <u>establecimiento de los planes de acción</u> para la solución de las problemáticas detectadas, cómo considera la participación de los miembros de la organización:				
5. El cambio generado por el proceso de intervención ha contribuido a <u>mejorar su salud laboral</u> de una manera:				
6. Los <u>talleres</u> han ayudado a concientizar sobre los hábitos de vida saludable en los miembros de la organización de una manera:				
7. Cómo considera la idea de que los <u>talleres</u> de temáticas de salud se sigan implementando en la organización:				

Para finalizar con esta evaluación, otorga una calificación del proceso de intervención. El intervalo está dado del 1 al 10 (siendo el 1 como una calificación desfavorable y el 10 como una calificación de excelencia):
