

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA
SEDE RODRIGO FACIO

INFORME DE PRACTICA DIRIGIDA PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Estrategias de manejo del estrés y adquisición de hábitos de vida saludables para la mejora en la calidad de vida de los empleados de un centro de servicios compartidos de una multinacional.

Proponente: Viviana Mora Rodríguez

Carné: B14438

Comité Asesor:

Directora: Dra. Ana María Jurado Solórzano.

Asesora Técnica: Dra. Catalina Guerrero.

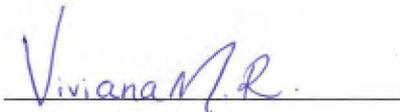
Lectores: Dr. Ronald Ramírez Henderson y Licda. Marggie Blanco Solís.

2017

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
2016**

Trabajo Final de Graduación sometido a consideración de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.

Sustentante:

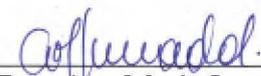


Bach. Viviana Mora Rodríguez

Aprobado por:



Dra. Ana Ligia Monge Quesada.
Presidenta del Tribunal Examinador.



Dra. Ana María Jurado Solórzano.
Directora, Trabajo Final de Graduación.



Dr. Ronald Ramírez Henderson.
Lector, Trabajo Final de Graduación.

Licda. Marggie Blanco Solís
Lectora, Trabajo Final de Graduación.



M.Sc. Marcela León Madrigal.
Lectora invitada.

DEDICATORIA

A mis padres Rosa y Víctor por el amor y apoyo incondicional.

A mi novio Elvis por darme alegría, descanso y apoyo a través de este proceso.

AGRADECIMIENTOS

A Ana María Jurado, la directora de este trabajo, por guiarme desde el inicio con tanta paciencia y dedicación. Y por ser una excelente docente que transmite su pasión por lo que enseña en cada clase.

A Ronald Ramírez y Marggie Blanco, lectores. Por su cooperación, compromiso y valiosos consejos.

Resumen

Las organizaciones actuales ejercen cada vez más presión sobre sus empleados/as con el fin de sobrevivir a la competencia del mercado y lograr un mayor desarrollo. Esto ha ocasionado que el trabajo se instaure como la mayor prioridad de muchas personas y que la salud tanto física como emocional pase a un segundo plano.

Lo anterior implica consecuencias graves para muchos trabajadores y trabajadoras sometidos a un constante estrés laboral que les afecta la calidad de vida y el bienestar personal. Además, el tiempo y la disposición para llevar un estilo de vida saludable disminuye haciendo de los momentos de ocio, deporte y mejora de la nutrición cada vez más esporádicos. Esta situación trae enfermedades como hipertensión, diabetes, cefaleas, enfermedades infecciosas, depresión y ansiedad, entre otras.

Con esto en mente, como trabajo final de graduación se realizó una Practica Dirigida enmarcada dentro de la Psicología de la Salud orientada a mejorar la calidad de vida de un grupo de empleados de una multinacional. Para esto se trabajó el manejo del estrés y la adquisición de hábitos de vida saludables mediante la enseñanza de técnicas de tratamiento psicológico basadas en la evidencia. Al igual, se trabajó con profesionales en medicina, nutrición y deporte para lograr una intervención más completa e integral.

Al comienzo de la práctica, se realizó una evaluación psicométrica inicial con el Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida (WhoQol-100) y el Cuestionario sobre Estrés Solano-Beauregard. Seguidamente, se realizaron sesiones grupales e individuales. Durante las primeras se explicó, discutió y practicó la reestructuración cognitiva para el manejo de emociones, la comunicación asertiva y la relajación autógena de

Shultz. Así mismo, se invitó a una estudiante avanzada de nutrición y psicología para informar acerca de los correctos hábitos alimenticios y se trabajó mediante tareas la instauración de estos. También, mediante el apoyo de una entrenadora se trató el tema de actividad física y se les enseñó a los participantes cómo fijar metas deportivas adecuadas.

Por otro lado, se realizaron sesiones individuales al inicio y al final de la práctica. Las primeras tuvieron el objetivo de evaluar el progreso individual de los participantes y las finales se destinaron a la prevención de recaídas y evaluación de resultados. También, durante el transcurso de toda la práctica se realizaron sesiones individuales con pacientes que necesitaban ayuda extra.

Esta práctica instauró en los participantes un concepto de salud integral en donde el control emocional y las buenas relaciones sociales fueron fundamentales al hablar de bienestar. Al igual, provocó un replanteamiento de prioridades en donde el autocuidado pasó a ser más importante. Y brindó las herramientas adecuadas para el control emocional, mejora de habilidades asertivas, relajación y adquisición de buenos hábitos nutricionales y deportivos. Por último, a petición de la empresa, se creó una propuesta para realizar a mayor escala esta misma intervención y otras orientadas a mejorar la salud de la fuerza laboral.

Palabras clave: psicología de la salud, estrés laboral, terapia cognitiva-conductual, hábitos saludables, autocuidado, calidad de vida.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO DE REFERENCIA	4
1. SITUACIÓN PROBLEMA:	4
2. ANTECEDENTES:.....	7
a. Contexto Internacional.....	7
b. Contexto Nacional.....	10
3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTANCIA:	13
4. MARCO TEÓRICO:.....	14
4.1. Estrés:	15
4.2. Estrés ocupacional	17
4.2.1. Estrés laboral:.....	17
4.2.2. Estrés organizacional:	17
4.3. Modelo de intervención Cognitivo-Conductual:.....	18
4.4. Psicología de la salud:.....	19
4.4.1. Promoción de la salud	20
4.4.2. Prevención de la enfermedad	20
4.5. Calidad de vida	21
4.6. Presentismo	22
5. OBJETIVOS GENERALES, ESPECÍFICOS Y EXTERNOS:	22
5.1. Objetivo general:.....	22
5.2. Objetivos específicos:.....	22
5.3. Objetivos externos:.....	23
6. CONSIDERACIONES LEGALES Y ÉTICAS:	23
METODOLOGÍA	24
1. POBLACIÓN META, BENEFICIARIOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE LA PRÁCTICA	24
2. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN:	24
3. DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES, FUNCIONES Y TAREAS BÁSICAS:	27
4. DEFINICIÓN DE LAS RELACIONES INTERDISCIPLINARIAS:	33
5. DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN:	33
6. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN:.....	34
7. PRECAUCIONES:.....	35
RESULTADOS.....	37
1. TALLER.....	37
1.1. Revisión bibliográfica y preparación para las sesiones grupales	37
1.2. Desarrollo de las sesiones del taller	38
1.3. Sesiones de Reposición.....	51
1.4. Llamadas	53
1.5. Sistematización de los datos.....	54
1.6. Supervisiones.....	54
2. SESIONES INDIVIDUALES	55
2.1. Temas relevantes en las sesiones individuales.....	56

2.2. <i>Cantidad de sesiones</i>	59
3. RESULTADOS INDIVIDUALES	61
4. GRÁFICOS COMPARATIVOS:	76
5. PROPUESTA PARA LA APLICACIÓN A MAYOR ESCALA DE VARIAS INTERVENCIONES PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS Y LOS EMPLEADOS.	80
DISCUSIÓN	90
LIMITACIONES	99
CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES	103
ANEXOS:	112
ANEXO 1	112
ANEXO 2	116
ANEXO 3	124
ANEXO 4.....	132
ANEXO 5	135
ANEXO 6	136
ANEXO 7	137
ANEXO 8	138
ANEXO 9	142

Índice de figuras

Figura 1.....	62
Figura 2.....	63
Figura 3.....	65
Figura 4.....	66
Figura 5.....	67
Figura 6.....	68
Figura 7.....	70
Figura 8.....	71
Figura 9.....	72
Figura 10.....	73
Figura 11.....	74
Figura 12.....	75
Figura 13.....	76
Figura 14.....	77
Figura 15.....	78
Figura 16.....	79

Índice de tablas

Tabla 1.....	51
Tabla 2.....	59

Introducción

En la actualidad, la disminución en la calidad de vida caracterizada por el estrés y la falta de hábitos saludables en los y las trabajadoras ha sido un tema de interés debido a la fuerte incidencia de estos factores sobre las empresas y sus empleados. La demanda hacia los y las trabajadoras de estar cada vez más comprometidos con sus trabajos y permitir que estos se interpongan en sus vidas cotidianas se ha vuelto muy común en varias empresas de hoy en día (Hernández, 2015; Cooper, Campbell, Schabracq, & Schabracq, 2009; Peiró y Rodríguez, 2008).

Al mismo tiempo, la naturaleza del trabajo ha cambiado mucho y menos personas están haciendo más trabajo del que se hacía antes dejando poco espacio en sus vidas para el cuidado de la salud tanto física como mental. Además, la competencia entre organizaciones ha hecho que las y los empleadores presionen a sus trabajadores con fechas de entrega (deadlines) y con más trabajo del que tienen capacidad de realizar (Cooper, Campbell y Schabracq, 2009). Esta situación ha incrementado el impacto en la salud y el bienestar personal de las y los empleados al disminuir la calidad de vida y aumentar una cantidad importante de enfermedades para quienes sufren de estrés continuo (Segerstrom y Miller, 2004). Es debido a esto, que surgió la idea de realizar una práctica dirigida orientada a mejorar y prevenir el estrés laboral en empleados expuestos a condiciones de trabajo que les hayan impedido llegar a poseer una apropiada calidad de vida.

Ante dicha problemática, este trabajo tuvo como objetivo realizar una intervención psicológica dirigida a mejorar la calidad de vida de trabajadores y trabajadoras que hayan reportado sobrellevar un estrés fuera de control. Con esto, se pretendió prevenir las enfermedades causadas por el mal manejo de emociones y la falta de conductas saludables relacionadas con el deporte y la nutrición.

Para cumplir este objetivo se planeó un taller con 12 sesiones enmarcado dentro de la disciplina llamada “Psicología de la Salud”. Estas sesiones, incluyeron diferentes técnicas para el manejo emocional tales como la reestructuración cognitiva y ejercicios para la disminución de la activación fisiológica. Asimismo, se realizaron talleres de entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas con el propósito de disminuir aún más los

elementos y situaciones que estuvieran contribuyendo a aumentar el estrés a los participantes. Además, se fortaleció la implementación de conductas saludables nutricionales y deportivas para lograr una mayor prevención de la enfermedad y una mejora en la calidad de vida. La cual fue evaluada mediante un pretest- postest conducido por la supervisora de esta práctica. Y, se trabajó en sesiones individuales con participantes del taller que requerían de una atención personalizada para lograr los objetivos.

El presente proyecto se realizó en una multinacional con sede en Costa Rica ubicada en Forum 1. Esta organización es responsable de los productos de varias marcas tales como *Always*, *Oral-B*, *Crest* etc. En la sede de este país se administran los sistemas financieros y de información, también se da soporte a los sistemas de negociación para la compra de bienes y servicios. El presente trabajo estuvo dirigido a los individuos que deseaban mejorar el control de sus emociones y conductas para prevenir futuras posibles enfermedades. Estos participantes fueron referidos por la doctora de la empresa o asistieron por decisión propia.

Al inicio de la práctica se planeó realizar una convocatoria con la ayuda del departamento de recursos humanos para luego seguir con una evaluación previa del Cuestionario sobre Estrés Solano-Beauregard y el WhoQol-100; ambos administrados por la supervisora de la empresa. A partir de esto, se procedió con el tratamiento que consistió en una reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas para el control de la activación, mejoramiento de hábitos deportivos y de salud, adherencia al tratamiento, sesiones individuales y, por último, se volvieron a aplicar las pruebas iniciales para medir el mejoramiento en el estrés y calidad de vida (igualmente, esta evaluación post-tratamiento fue administrada por la supervisora). El plazo establecido para la consecución de estas actividades correspondió a seis meses consecutivos, con un horario de tiempo completo, es decir ocho horas diarias.

Como se dijo anteriormente, las consecuencias del estrés laboral no son sólo para las empresas, sino que son los y las trabajadoras y sus seres cercanos quienes se ven más afectados. Acerca de esto, Brannon (2010), explica que una persona para enfermarse debe tener una predisposición hacia la enfermedad y experimentar algún tipo de estrés. Por lo tanto, las y los funcionarios expuestos a un estado de estrés diario son vulnerables a muchos padecimientos como cefaleas tensionales, enfermedades infecciosas, enfermedades

cardiovasculares como hipertensión, úlceras, diabetes, asma artritis reumatoide, así como, depresión y ansiedad. Estas enfermedades disminuyen la calidad de vida de muchos empleados y al mismo tiempo hacen que las empresas en las cuales estos laboran se vean afectadas al tener una fuerza laboral que no puede realizar un trabajo de calidad por razones de salud.

Por lo tanto, la importancia de este trabajo radica en la necesidad actual de prevenir las enfermedades causadas por el estrés y el mal manejo de emociones dentro del ambiente laboral (Leka, Griffiths & Cox, 2004). Al mismo tiempo, con esta intervención se buscó aumentar la calidad de vida de las y los trabajadores que, por distintas razones, descuidaron su salud para dar más importancia al trabajo. Para esto, fue necesario realizar una labor de promoción de la salud en donde se fortalecieron las habilidades y capacidades de los participantes para que ellos mismos fueran capaces de tomar el control de su bienestar físico y mental.

Se debe resaltar, que una práctica dirigida como esta implica que mediante la puesta en práctica de herramientas psicológicas se puede llegar al bienestar no sólo mental, sino que también físico de las y los trabajadores costarricenses. Esto no es sólo una ayuda individual para el trabajador sino que también implica una promoción de la salud en la sociedad actual y es el inicio para un cambio de mentalidad más enfocado a cuidar el bienestar general personal para luego poder avanzar a una mayor prosperidad laboral y no lo contrario. De esta manera la psicología estaría ayudando no sólo a la empresa sino que también al individuo que últimamente se le ha dejado después de las necesidades del lugar en el que trabaja.

Después de esta introducción y justificación se continuará con: un marco de referencia que contiene la situación problema, los antecedentes, la contextualización del lugar en donde se llevará a cabo la práctica, el marco conceptual, objetivos y consideraciones éticas y legales. También se procederá con una explicación de la metodología que incluirá la población meta, intervención, actividades, relaciones interdisciplinarias, definición del sistema de supervisión, proceso de evaluación y precauciones. Por último, se presentarán los resultados, la discusión, las limitaciones y las recomendaciones, así como las referencias bibliográficas y anexos.

Marco de referencia

En esta sección se pretende, primeramente, dar una descripción de la situación problema de la cual se origina la intervención que será descrita más adelante. Después, se procederá a describir los antecedentes de intervención y la contextualización del lugar de práctica. Luego, se continuará con el marco teórico que definirá los conceptos necesarios que dan sustento a esta intervención. Y por último, se darán a conocer los objetivos generales específicos y externos así como las consideraciones éticas y legales.

1. Situación problema:

El estrés, la falta de hábitos de vida saludables y el mal manejo de emociones son factores causantes de enfermedades en la población trabajadora que, como se dijo anteriormente, está sometida a las demandas de organizaciones que necesitan de un gran compromiso por parte de sus empleados para sobrevivir a la competencia del mercado y desarrollar crecimiento económico. Esto ha hecho que las y los empleados descuiden su propia salud al priorizar las demandas de las empresas en donde laboran para poder así garantizar una estabilidad laboral. Esta situación trae consecuencias no sólo para las personas que laboran y se enferman sino que también para las mismas empresas que necesitan de un personal en buenas condiciones físicas y mentales que pueda cumplir con una carga de trabajo diario (Cooper, Campbell y Schabracq, 2009).

Sin embargo, se ha demostrado que el trabajo para reducir el estrés en el ámbito laboral brinda resultados muy positivos. Por ejemplo, en un estudio realizado en Irlanda, McMahon, Kelleher, Helly, & Duffy (2002) encontraron que la implementación de un plan para la adquisición de estilos de vida saludables mejoró la moral en el campo de trabajo y la productividad así como también redujo el ausentismo y las renunciaciones. De igual manera, la intervención realizada por Adams, Fischer-Quigley & Schmidhorst (1984) logró, mediante un programa de manejo del estrés y promoción de la salud, que un participante promedio alcanzara grandes mejoras en la puntuación de un test para medir su calidad de vida. Entre estas mejoras se pueden citar las siguientes: percepción de un manejo adecuado de las

habilidades para el manejo del estrés, prácticas regulares de relajación, ejercicio regular, conciencia de las consecuencias de un mal manejo del estrés, comer tres veces al día de una manera balanceada etc. Y al mismo tiempo, mejoraron sus percepciones de apoyo dentro del trabajo, su satisfacción laboral, además de una mayor percepción de crecimiento y aprendizaje dentro del ámbito organizacional.

El estrés experimentado por muchos trabajadores se ha visto fuertemente relacionado con una gran variedad de enfermedades debido a su influencia directa en el sistema nervioso, endocrino e inmune (Brannon, 2010). Además de que este ha sido relacionado con prácticas no saludables como la ingesta de alcohol, el fumado y la falta de sueño que aumentan el riesgo de enfermedad (Segerstrom y Miller, 2004). Entre los ejemplos de enfermedades relacionadas con el estrés se encuentran los dolores de cabeza. Estos pueden ser de varios tipos pero el más frecuente es el llamado dolor de cabeza tensional que está asociado a un aumento de la tensión muscular de la cabeza y la zona del cuello (Silberstein, 2004). Al mismo tiempo, las personas que se encuentran sometidas a situaciones de mucho estrés son más propensas a desarrollar enfermedades infecciosas como el resfriado común. Esto se puede ver en el estudio Cohen et.al., (1991), en donde se expuso a participantes voluntarios y saludables a diferentes virus de resfriado común para ver las características de quienes se enfermaban y de los que no. Los resultados indicaron que entre mayor era el estrés de la persona más probabilidades existían de que esta se enfermara.

En esta misma línea, la hipertensión es una enfermedad que ha sido relacionada con diferentes trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad que producen un aumento en la propensión a padecer de esta condición (Grimsrud et al., 2009). Además, su clara relación con el estrés ha sido demostrada en varias ocasiones, por ejemplo, en un estudio realizado con participantes de 52 países alrededor del mundo se llegó a la conclusión de que quienes sufrieron paros cardíacos experimentaron más estrés laboral y financiero que los sujetos control (Rosengren et.al., 2004). Al igual, la hostilidad y la ira son emociones relacionadas con esta enfermedad debido al incremento en la presión sanguínea y ritmo cardíaco que se experimenta fisiológicamente cuando se tiene esta reacción (Brannon, 2010). De aquí surge la necesidad de trabajar en el control emocional que permita una disminución

en el riesgo de que algún empleado llegue a adquirir este padecimiento o lo empeore por su estado emocional.

La importancia de combatir la hipertensión se hace notoria al entender que constituye uno de los trastornos con mayor peligro de mortalidad y morbilidad en el mundo (Molerio y García, 2004) y que se le atribuye aproximadamente el 6% del total de muertes además de que genera una mayor predisposición de padecer otras enfermedades cardiovasculares (Grimsrud et al., 2009). Por esta razón en esta intervención, además de tratar el control emocional, también se trabajó con otras variables psicológicas relacionadas con conductas como ejercicios, formas de interrelación con los demás, hábitos alimenticios entre otros estilos de vida que a menudo las personas adoptan en su diario vivir y que influyen en la prevención de enfermedades como la hipertensión (Becoña & Oblitas, 2010).

Por otro lado, las enfermedades causadas por falta de control emocional y malos hábitos saludables no sólo afectan a las personas sino que también tienen un efecto en el ámbito laboral. Por ejemplo, en el 2007 el Centro de Salud Mental de Sainsbury estimó que el costo del estrés y la enfermedad mental en el trabajo del Reino Unido llega hasta £25.9 billones anuales. Los investigadores encontraron que el ausentismo les cuesta £8.5 billones, el presentismo £15.1 billones y las renunciadas £2.4 billones (citado en Cooper, Campbell y Schabracq, 2009). El presentismo, que es la mayor fuente de gasto en relación con el estrés y la enfermedad mental, se da cuando una persona llega a su trabajo pero por distintas condiciones físicas y emocionales no puede realizar sus labores de manera adecuada. Esto empezó desde que las y los empleados sintieron que sus puestos de trabajo no eran seguros y percibieron que si faltaban debido a algún impedimento personal corrían el riesgo de ser despedidos (Biron, Brun & Cooper, 2008 citado en Cooper, Campbell y Schabracq, 2009). Además, en Estados Unidos, Stewart et.al., (2003 citado en Cooper, Campbell y Schabracq, 2009) demostró que los costos por la pérdida de tiempo productivo relacionados con un mal desempeño pueden llegar a ser hasta tres veces mayores que los causados por el ausentismo.

También en el contexto costarricense, se puede mencionar una tesis de maestría que midió la cantidad de estrés en trabajadores del Área de Salud de Palmares. En esta se llegó a la conclusión de que los altos grados de estrés afectan individualmente a las y los trabajadores ya les traen consecuencias negativas en su desempeño como profesionales. Entre estas

consecuencias se menciona la presencia de fatiga a la hora de hacer trabajos repetitivos y sobrecargados, así como, irritabilidad y desgaste psíquico y físico que les afecta en la calidad del servicio que dan. También, se perciben sentimientos de baja realización personal y profesional lo que conduce a una desmotivación laboral provocando pocas políticas de ascenso y desarrollo. Esto es producto de una falta de claridad de los roles esperados, pocas estrategias de gestión en recursos humanos y el desequilibrio entre las exigencias de la organización y la capacidad de los y las empleadas (García, 2009).

Por estas razones, surgió la necesidad de implementar un programa que ayudara a prevenir la enfermedad en el contexto laboral por medio del control de emociones y conductas poco saludables. Esta intervención se orientó a mejorar la calidad de vida de quienes participaron en ella para generar un beneficio para la empresa.

2. Antecedentes:

Existen muchos estudios relacionados con la prevención y la mejora de enfermedades relacionadas al estrés y pocos hábitos saludables. Algunos se enfocan en tratar o prevenir una sola enfermedad como la hipertensión mientras otros tienen como objetivo un aumento en la calidad de vida y reducción de los riesgos a padecer enfermedades. A continuación, se hace referencia a algunas de estas intervenciones relacionadas con el tema de esta práctica dirigida.

a. Contexto Internacional

Varias investigaciones se han enfocado en la reducción del estrés para conducir a las y los empleados a una vida más sana y con menos riesgos de enfermedad. Un ejemplo de esto se puede ver en el estudio realizado por Sailaxmi y Lalitha (2015) que instruyó a enfermeras de pacientes con enfermedades mentales en competencias para enfrentar el estrés que presentan debido a su ocupación. El programa fue aplicado a 53 enfermeras a quienes se les tomaron sus datos sociodemográficos y se les administró la escala DCL (De Villiers, Carson & Leary) para medir el nivel de estrés que presentaban.

Después de esto, cada sujeto asistió a diez sesiones individuales de una hora por día. Estas se enfocaron en psicoeducación acerca del estrés, resolución de problemas, manejo del tiempo, toma de descansos, habilidades de comunicación, entrenamiento en asertividad,

respuesta al criticismo, habilidades de negociación y humor. También, se utilizaron estrategias de enseñanza como las discusiones, lluvia de ideas, trabajos en grupo y ensayos de conducta. En estos últimos, se practicó la aceptación de críticas, habilidades para la negociación, asertividad y comunicación por medio de juegos de roles que fueron grabados en videos que sirvieron como material didáctico. Durante las sesiones se motivó la participación y aclaración de dudas; además, cada enfermera debió pensar y contar anécdotas en donde hayan experimentado estrés laboral y generar una discusión con las demás acerca de cómo, usando las técnicas aprendidas, se pudo haber manejado la situación de una manera diferente. Luego de las 10 sesiones se hizo una valoración justo después del programa y otra cuatro semanas después. Como resultado se encontró una reducción significativa de la media en la percepción del estrés cuando se volvió a aplicar el DCL y esta media bajó aún más cuando se volvió a medir esta percepción un mes más tarde (Sailaxmi y Lalitha, 2015).

Por otro lado, la investigación de Mills, Kessler, Cooper y Sullivan (2007) tuvo como objetivo la evaluación de los efectos de un programa multicomponente orientado a cambiar el estado de riesgo en cuanto a salud física en el que se encontraban los empleados así como mejorar el desempeño laboral de los mismos. En este estudio participaron 618 empleados a tiempo completo de la empresa Unilever a los cuales se les aplicó el cuestionario para la evaluación de riesgo en salud (HRA) y el cuestionario de salud y desempeño laboral de la Organización Mundial de la Salud (WHO-HPQ).

La intervención en este estudio, inició administrándole a cada participante un reporte personalizado de su propio bienestar personal y consejos para cambiar comportamientos relacionados a su salud. Este reporte enfatizaba las áreas personales que cada persona debía priorizar para mejorar y daba consejos prácticos de cómo alcanzar los cambios sugeridos. También, a cada participante se le dio acceso a portales en la web destinados a proporcionar artículos y programas interactivos para el cambio de conductas relacionadas con la salud, esto se complementó con emails cada dos semanas con información adaptada a la edad y género acerca de temas relacionados con el mejoramiento del bienestar personal. Sumado a todo esto, los participantes recibieron cuatro paquetes informativos relacionados con los 4 riesgos más prevalentes detectados en el HRA (estrés, hábitos de sueño, hábitos nutricionales y actividad física). Cada paquete contenía literatura para la promoción de la salud en cada área específica.

Y por último, durante los 12 meses de intervención se realizaron 4 seminarios presenciales acerca de los temas ya mencionados. Este estudio también incluyó un grupo control al cual sólo se le solicitó completar los cuestionarios (Mills, Kessler, Cooper y Sullivan, 2007).

Los resultados mostraron que el promedio de factores de riesgo evaluados en el HRA disminuyeron significativamente en la línea base del grupo experimental después de los 12 meses de intervención con una reducción de la media de 20.48. Por otra parte, la nota promedio de la escala para medir el desempeño laboral incrementó por 0.61 puntos. Este estudio resulta significativo al demostrar que la educación y la provisión de información acerca de temas de salud es una herramienta útil para disminuir los riesgos de padecer una enfermedad y al mismo tiempo aumenta el desempeño laboral de las y los trabajadores (Mills, Kessler, Cooper y Sullivan, 2007).

El manejo de la hipertensión mediante la adquisición de hábitos de vida saludables ha sido el objetivo de otras investigaciones fuera del contexto nacional. Un ejemplo de esto es la intervención realizada en México por Ceballos, Laguna, Riveros y Sánchez-Sosa (2005) en la que participaron 20 personas a quienes se les administró el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) (que evalúa la percepción de salud, relaciones interpersonales, funciones cognitivas y síntomas, además de un reactivo indicador general de calidad de vida), la escala de ansiedad de Beck, la escala de afrontamiento de Moos y un sistema de autorregistro conductual para evaluar la adherencia terapéutica. Esto con el objetivo de medir los efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad y afrontamiento de personas con hipertensión.

Esta intervención consistió en tres etapas, la primera estuvo orientada a invitar a los sujetos que cumplían con los criterios de inclusión a participar del estudio. Una vez que todos aceptaron se les explicó en qué consistía la intervención y las actividades que se iban a realizar. Seguido a esto, se les proporcionó un consentimiento informado y se administraron las pruebas correspondientes ya mencionadas junto con el autorregistro. Después, en la segunda etapa se inició con el tratamiento. Este empezó con la detección de pensamientos disfuncionales en donde se entrenó a las y los pacientes a identificar los pensamientos negativos e irracionales, esto dio paso a una reestructuración cognitiva basada en el

cuestionamiento de estos pensamientos para adoptar otros más funcionales (Ceballos et al., 2005).

Más adelante, se continuó con un entrenamiento en solución de problemas que consistió en la definición y análisis de los obstáculos, reales o percibidos que se le presentaban al paciente y que eran susceptibles de solución. El tratamiento continuó con la autorregulación en donde se entrenó al paciente en técnicas de relajación que incluyeron secuencias de respiración diafragmática, inducción de relajación muscular profunda, e imaginación guiada. Al igual, se utilizó el moldeamiento y modelamiento para la corrección de conductas que afectaban al paciente en el cuidado de su salud, como por ejemplo, la expresión clara de dudas que pudiera tener sobre su tratamiento ante el médico o de sus necesidades personales relacionadas con su padecimiento, su familia o amigos. Por último, la intervención requirió de un proceso de consolidación y práctica en el cual se asignaron tareas para la aplicación de lo aprendido en ámbitos cotidianos (Ceballos et al., 2005).

La tercera etapa consistió en la preparación para futuras recaídas y la evaluación post-tratamiento con las mismas pruebas. Los resultados reflejaron mejorías en la medición de calidad y destrezas para cuidar la salud y adherirse a regímenes terapéuticos. Lo anterior se vio reflejado en incrementos porcentuales del pretest al postest en las medidas en calidad de vida: 35.4% en funciones cognitivas, 34.4% en calidad de vida en general, 23.4% en percepción de salud y bienestar, 18.1% en relaciones interpersonales y 10.1% en síntomas. También, en el ámbito de la ansiedad, los cambios más importantes se dieron en aquellos participantes con niveles de ansiedad iniciales altos, aunque en general todos los participantes mostraron una mejoría notoria (Ceballos et al., 2005).

b. Contexto Nacional

Dentro del contexto nacional, se debe mencionar la investigación de Fernández (2009) que tuvo como objetivo determinar los niveles de estrés que afrontan los periodistas en su entorno laboral encargados de la cobertura de sucesos y las estrategias de afrontamiento que estos utilizan. Para esto, se utilizó el cuestionario Solano-Beauregard con el objetivo de determinar el nivel de estrés cognitivo, conductual, neurovegetativo y motor. Igualmente, se

identificaron las situaciones que generaban mayor estrés y los pensamientos, emociones y conductas utilizados para afrontar este estrés.

Del cuestionario sobre estrés se encontró que, en la categoría referida a la percepción motora del estrés, la media fue de un 47.8%, lo que se considera como estrés moderado. En la percepción cognitiva-conductual se encontró un promedio de 38.47% que también es considerado estrés moderado. Y para el área de la percepción neurovegetativa del estrés se encontró un 34.34%, que es igualmente estrés moderado. Sin embargo, dentro del área motora y cognitiva-conductual se encontraron valores de 80% y 85% que resultan de sumo cuidado ya que están dentro del rango de atención según el instrumento (Fernández, 2009).

Por último, se encontró que las situaciones que generaban mayor estrés en la muestra eran: exceso de trabajo, exposición física y emocional; así como los casos de violencia infantil. También, dentro de los mecanismos más utilizados para enfrentar el estrés se encontraban: el esparcimiento, la distracción y el ejercicio físico. Sin embargo, reportaron no tener el tiempo necesario para estas actividades. El autor concluye que los periodistas se exponen física y emocionalmente ante situaciones estresantes sin poseer las habilidades psicológicas necesarias ni recibir ayuda al respecto (Fernández, 2009). Este estudio es importante ya que destaca la necesidad de trabajar por mejorar el estrés laboral experimentado en muchos trabajos (como lo es el periodismo). Además de que brinda conocimiento acerca de los mecanismos de afrontamiento más utilizados y que se deben fortalecer.

También en el contexto costarricense, es importante la intervención realizada en el EBAIS de Alfaro perteneciente al Área de Salud de San Ramón. Esta tuvo como objetivo principal evaluar la eficacia de un programa cognitivo-conductual centrado en la incorporación de estilos de vida saludables en personas con hipertensión arterial. En este se evaluaron los niveles de hipertensión arterial de todos los participantes una vez a la semana durante toda la intervención. Además, antes y después de iniciar con el tratamiento se les administró el cuestionario de “La Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida” o World Health Organization Quality of Life (WhoQol-100) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Ledezma, 2014).

La intervención consistió en diecinueve sesiones grupales, una sesión por semana a dos grupos constituidos por cinco personas cada uno. Antes de empezar con la evaluación y las

sesiones fueron necesarias varias reuniones con el personal del EBAIS para exponer los objetivos de la práctica, el plan de intervención, solicitar la colaboración del centro médico y planear la convocatoria. Posteriormente, a los pacientes interesados en participar se les aplicó los instrumentos ya mencionados para la medición pre y post tratamiento.

Seguidamente, el tratamiento inició con la explicación y puesta en práctica de la reestructuración cognitiva en donde los participantes debían identificar la presencia de pensamientos negativos entorno a la enfermedad, cuestionarlos y modificarlos. Luego se trabajó en el ensayo de ejercicios de respiración abdominal y de relajación para el manejo de la activación fisiológica. Al igual, se abordó el tema del ejercicio físico y la alimentación apropiada como conductas importantes para la intervención, para esto se contó con la visita de una nutricionista y una especialista en ciencias del movimiento. También, se realizó un entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas mediante el control de emociones, cogniciones y conductas. Por último, se trabajó en la adherencia al tratamiento (mediante la visita de un médico) y la prevención de recaídas (Ledezma, 2014).

Los resultados de la evaluación post-tratamiento indican la existencia de una diferencia estadísticamente significativa ($p < .002$) en los niveles de calidad de vida de la muestra en comparación con la evaluación pre-tratamiento. Al mismo tiempo, se muestran cambios estadísticamente significativos ($p < .014$) para la ansiedad antes y después del tratamiento. Y en cuanto a la presión arterial, el total del grupo logró una reducción de 28 mm Hg en la presión arterial sistólica y 5,8 mm Hg en la presión arterial diastólica con respecto a los niveles obtenidos en el pre-tratamiento (Ledezma, 2014).

Asimismo, dentro del contexto nacional, se debe mencionar la práctica dirigida de Llamas (2017) que tuvo como objetivo general implementar un programa de intervención grupal cognitivo-conductual en familiares o personas con dermatitis atópica dentro de la Fundación Caléndula. Este programa tuvo intervenciones grupales e individuales para reducir el estrés y mejorar la calidad de vida de 8 personas (divididas en dos grupos de intervención).

Entre las técnicas utilizadas en la intervención se encuentran: 1. Psicoeducación acerca de la relación entre el estrés, el sistema inmune, activación conductual y piel. 2. Entrenamiento para la implementación de estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual para el manejo del estrés. 3. Relajación muscular progresiva y entrenamiento autógeno. 4.

Mejora de las habilidades sociales y comunicación asertiva. Para medir la eficacia de este programa se realizó una evaluación pre y post tratamiento del Cuestionario sobre Estrés Solano-Beauregard que mide los niveles de estrés percibido y el Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida (WHOQoL-100) (Llamas, 2017).

Esta práctica dirigida también utilizó exposiciones participativas, discusiones grupales y ejercicios para el hogar como actividades para fortalecer el aprendizaje de las técnicas mencionadas. Igualmente, propició un espacio de apoyo social y emocional para facilitar contención psicológica necesaria para sobrellevar las dificultades de esta afección (Llamas, 2017).

Como resultado de esta intervención, los niveles de estrés percibido en las escalas motora, cognitiva-conductual y neuro-vegetativa del Cuestionario Solano-Beauregard disminuyeron en un promedio de un 10% para el primer grupo. Y para el segundo grupo, se observaron disminuciones, en promedio, de un 8% en las escalas. En cuanto a los resultados de la evaluación con el WHOQoL-100, el primer grupo aumentó su calidad de vida considerablemente al pasar de una media de $M=276.3$ en el pre-tratamiento a una $M=312.3$ en el post-tratamiento. Con respecto al segundo grupo, la media del pre-tratamiento fue $M=268.3$ y la del post-tratamiento fue $M=303.0$. Lo cual significa que la calidad de vida de este grupo también aumentó de manera importante (Llamas, 2017).

3. Contextualización de la instancia:

Como se dijo anteriormente, esta práctica se realizó en una multinacional encargada de brindar productos de diferentes marcas como Always, Ambi Pur, Ariel, Bounty, Charmin, Crest, Dawn, Downy, Fairy, Febreze, Gain, Gillette, Head & Shoulders, Lenor, Olay, Oral-B, Pampers, Pantene, SK-II, Tide, Vicks y Whisper. Esta organización cuenta con operaciones en 70 países alrededor del mundo.

Desde Costa Rica, se administran los sistemas financieros y de información, se le dan soporte a los procesos de negociación para la compra de bienes y servicios necesarios para la operación del negocio. Además, se garantiza que los pagos a proveedores sean correctos, se maneja el efectivo de la empresa y se proveen los reportes financieros.

El propósito de la empresa es:

Proveer marcas y productos de superior calidad que generen valor para la vida de las y los consumidores de hoy y del mañana. Como resultado, ellos recompensan con liderazgo en ventas, ganancias y generación de valor llevando a que los clientes y comunidades prosperen.

La estructura corporativa está dividida en tres áreas: la primera corresponde a las unidades industriales que son las siguientes: 1. Baby, Feminine and Family Care. 2. Beauty. 3. Fabric and Home Care. 4. Health and Grooming. Por otro lado, se encuentra el área de ventas y marketing que son los responsables de desarrollar y ejecutar planes de mercadeo a nivel local en seis regiones del mundo. Y por último, está el área de Servicios Empresariales Globales que proveen tecnología, procesos y herramientas que ayudan a las unidades industriales y área de ventas y marketing a entender mejor el negocio y dar un mejor servicio.

El encuadre de esta práctica fue a partir del área de Salud Ocupacional ya que el objetivo de este departamento es promover el bienestar físico, mental y social de las y los trabajadores; lo cual, se encuentra muy relacionado con el objetivo principal del trabajo que se llevó a cabo.

También, es importante mencionar que esta empresa no cuenta con un psicólogo en ningún departamento ya que por lo general sólo se ha hecho outsourcing de profesionales en psicología para capacitaciones y otras necesidades. Por esta razón, el sistema de supervisión estuvo en manos del departamento de Salud Ocupacional (ver apartado de sistema de supervisión en metodología, punto d).

4. Marco Teórico:

En este apartado se busca definir los conceptos clave que dan sustento a esta práctica y que son necesarios para entender la intervención que se describirá más adelante. Entre estos se encuentran: estrés, estrés ocupacional, psicología de la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, calidad de vida y presentismo.

4.1. Estrés:

Para propósitos de este trabajo es de suma importancia entender a qué se le considera como estrés. Para esto, se explicarán las teorías de Selye y Lazarus ya que son las más influyentes. Y por último, se expondrá la respuesta de estrés desde un punto de vista fisiológico.

En los comienzos de 1930, Hans Selye investigó la relación entre estrés y enfermedad. Primeramente, este autor conceptualizó el estrés como un estímulo y luego como la respuesta del organismo ante este estímulo. Con esto, creó el término llamado Síndrome de Adaptación General (SAG) que se refiere a la reacción del organismo para defenderse ante cualquier estresor. Esta reacción se divide en tres fases, la primera es la de alarma en donde el cuerpo moviliza sus defensas contra el estresor por medio del Sistema Nervioso Simpático. Esto implica la liberación de adrenalina, incremento de la presión arterial y el ritmo cardiaco, aceleración de la respiración, desviación de la sangre desde los órganos internos hasta los músculos, activación de las glándulas sudoríparas y disminución en la activación del sistema gastrointestinal (Selye, citado en Brannon, Feist y Updegraff, 2013).

La segunda fase del SAG fue llamada etapa de resistencia, esta implica la adaptación del organismo hacia el estresor. Según Selye, en esta fase la persona se muestra normal y sin estrés pero fisiológicamente el funcionamiento interno del organismo no es el usual debido a los cambios hormonales y neurológicos producidos por un estado de estrés continuo. La permanencia en esta etapa puede generar enfermedades relacionadas a la continuidad y persistencia del estrés. Sin embargo, el autor considera que la resistencia al estrés es finita y es así como se llega a la siguiente etapa: el agotamiento. En esta la resistencia del organismo decrece y se da una activación anormal del sistema parasimpático llevando a la persona a sentirse exhausta y hasta deprimida (Selye, citado en Brannon, Feist y Updegraff, 2013).

El estrés también fue estudiado por Lazarus quien, a diferencia de Selye, concluyó que ni los estímulos ambientales ni la respuesta ante estos definen el estrés; sino, que es la percepción individual de cada persona el punto central para definir este concepto. Desde la visión de este autor, el efecto del estrés en una persona depende de qué tan amenazado y

vulnerable se sienta, así como su nivel de seguridad al enfrentar situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1984).

Según lo anterior, Lazarus y Folkman (1984) definieron que el estrés se da cuando la relación entre una persona y el entorno es valorada como desbordante ya que no se poseen los recursos necesarios para enfrentarla con éxito y por lo tanto se ve en peligro el bienestar personal. Esta definición es importante ya que enfatiza el rol de la evaluación que se hace sobre un evento categorizándolo como peligroso, amenazante o retador. Ambos autores explican que los individuos hacemos una primera evaluación de los estímulos y eventos clasificándolos según sus efectos en el bienestar personal. Y luego, al evaluar las maneras de afrontamiento y las posibilidades de éxito, así como nueva información podemos cambiar nuestras percepciones y disminuir el nivel de estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

También, se debe rescatar el papel de la percepción de vulnerabilidad como generador de estrés en la teoría de Lazarus y Folkman (1984). Estos autores proponen que hay más posibilidades de experimentar estrés cuando no se tienen los recursos para enfrentar una situación. Sin embargo, estos recursos no deben interpretarse solamente como físicos o sociales sino también psicológicos. Por ejemplo, la capacidad de una persona para cambiar sus cogniciones y conductas con el fin de enfrentar situaciones desbordantes.

Por otra parte, es importante conocer la fisiología en la respuesta de estrés que es explicada a partir del eje HPA. Esta inicia con la percepción de una situación amenazante que activa al hipotálamo quien se encarga de segregar la hormona liberadora de corticotropina. Esta estimula a la glándula pituitaria para liberar adrenocorticotropina que va a estimular a la corteza suprarrenal (parte externa de la glándula suprarrenal) para liberar glucocorticoides incluyendo el cortisol. Esta secreción de cortisol va a movilizar los recursos energéticos en el cuerpo aumentando el nivel de azúcar en la sangre necesario para proporcionar energía a las células. Esta sustancia también tiene una función antiinflamatoria que actúa como una defensa natural ante la inflamación de posibles heridas. También, esta respuesta incluye la secreción de epinefrina y norepinefrina por parte de la médula suprarrenal (parte interna de la glándula suprarrenal). Dichas hormonas tienen una función relacionada al incremento del ritmo cardíaco, la respiración y la fuerza muscular (Contrada y Baum, 2011).

4.2. Estrés ocupacional

Como se dijo anteriormente, el estrés puede presentarse en diferentes situaciones diarias, una de ellas es en el ambiente laboral. El Instituto Nacional de Seguridad Ocupacional y Salud de los Estados Unidos define al estrés ocupacional como una serie de respuestas físicas y emocionales dañinas que se presentan cuando los requerimientos de un trabajo no se ajustan a las capacidades, recursos o necesidades de una persona (NIOSH, 1998). La literatura muestra que factores externos al lugar de trabajo contribuyen en gran manera al estrés de un individuo, sin embargo, los estresores más frecuentes son problemas relacionados con el trabajo. Este tipo de estrés puede provenir de contextos sociales y organizacionales, aspectos personales, variables situacionales o del propio trabajo. Este estrés está relacionado con una variedad de problemas tanto físicos como mentales, entre estos se pueden citar las enfermedades cardiovasculares, depresión, ansiedad, insomnio etc. (Brannon, 2010). Se pueden mencionar dos tipos de estrés ocupacional:

4.2.1. Estrés laboral:

El estrés laboral surge de la percepción subjetiva de una persona de que existen demandas excesivas o amenazantes difíciles de controlar y que pueden traer consecuencias negativas. Estas consecuencias negativas para la persona se denominan tensión y las fuentes de las experiencias de estrés se denominan estresores. Entre los estresores se pueden mencionar los derivados de las relaciones y las interacciones sociales (relaciones con supervisores, compañeros, empleados y clientes), los aspectos de desarrollo laboral como el cambio de puesto, las promociones y el desarrollo como profesional en una carrera. Otra fuente de estrés laboral se da en la interacción del trabajo con otras esferas de la vida. Por lo tanto, el estrés laboral se refiere a prácticas individuales y la reacción del trabajador como individuo ante las mismas (Peiró y Rodríguez, 2008).

4.2.2. Estrés organizacional:

Se refiere al estrés causado por estresores de la organización. Por ejemplo, el paradigma de la organización, sus presiones, oportunidades del ambiente, los recursos económicos, infraestructura, la estructura organizacional, la tecnología y el sistema de trabajo

(Peiró y Rodríguez, 2008). Es importante diferenciar este tipo de estrés y el que se trató en este trabajo ya que el estrés organizacional no se puede tratar al trabajar con los individuos, este necesita de un cambio en la organización.

4.3. Modelo de intervención Cognitivo-Conductual:

Este modelo recoge los aportes de dos corrientes dentro de la psicología científica, como lo dice su nombre, se trata de la fusión entre técnicas conductuales y cognitivas (Feixas y Miró, 2009). Se caracteriza por la importancia dada a los aspectos cognitivos para regular las conductas y emociones, por eso, son necesarias la identificación y modificación de ciertos aspectos cognitivos subyacentes. Estos aspectos pueden ser estructuras, creencias, supuestos básicos o contenidos del pensamiento como autoinstrucciones, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas etc (Labrador, 2009).

Existen diferentes técnicas dentro de este modelo, una de ellas es la psicoterapia racional. Esta se basa en que la interpretación irracional de la realidad es la causa fundamental de los trastornos emocionales y por lo tanto busca llegar a interpretaciones objetivas de las situaciones. También, se deben mencionar las técnicas para desarrollar habilidades de afrontamiento y manejo de las situaciones problema, estas se orientan a enseñar qué es lo que se debe hacer cuando se presenta una situación difícil. Asimismo, se incluyen las técnicas de solución de problemas que comprenden un conjunto de técnicas dirigidas a modificar la forma en que un sujeto se aborda situaciones en donde no tiene alternativas claras de acción. Y por último, las técnicas cognitivo-conductuales también contienen técnicas de condicionamiento encubierto, estas hacen referencia a procedimientos basados en el condicionamiento clásico y operante aplicados a las conductas cognitivas y suponen que estas se rigen por las mismas leyes que las conductas manifiestas (Labrador, 2009).

Suponen la integración de una metodología rigurosa y un estilo de actuación orientado a las técnicas conductuales con la evaluación y el tratamiento de los fenómenos que determinan la cognición (Feixas y Miró, 2009). Estos tratamientos pretenden ayudar a que los clientes reconozcan las conexiones entre sus cogniciones, las emociones y la conducta. Así como el rol que tienen estas conductas en el mantenimiento de sus problemas. Y por esto, es

necesario entender que este modelo no sólo busca la modificación de cogniciones sino que también de conductas ya sean encubiertas o manifiestas (Labrador, 2009).

4.4. Psicología de la salud:

Como se dijo anteriormente, la presente práctica se encuentra enmarcada dentro del ámbito de la psicología de la salud. Esta área tuvo sus inicios a principios del siglo 20 con la medicina psicosomática que buscaba entender la enfermedad involucrando ciertos factores psicológicos. Esto dio lugar a ver la salud y la enfermedad desde un acercamiento bio-psico-social (Boyer & Paharia, 2008).

Más adelante, en los años 70s, los psicólogos empezaron a desarrollar investigaciones y tratamientos orientados al trato de enfermedades crónicas y promoción de la salud. Esto llevó al surgimiento de dos áreas: la psicología de la salud y la medicina conductual. Esta última, se refiere a la aplicación de técnicas conductuales derivadas de la investigación al mejoramiento de la salud física, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Boyer & Paharia, 2008).

Por su parte, la psicología de la salud se ocupa de los comportamientos individuales y estilos de vida de una persona que afectan su salud física. Incluye contribuciones de la psicología para mejorar, prevenir y tratar enfermedades. Además, implica identificar factores de riesgo, mejorar el sistema de salud y moldear la opinión pública concerniente a la salud. Específicamente, involucra la aplicación de principios en psicología para solucionar problemas de salud física como el colesterol, manejo del estrés, alivio del dolor, dejar el fumado etc. De igual manera, se encarga de fomentar el ejercicio físico, la buena alimentación, las revisiones médicas y dentales así como la implementación de comportamientos seguros. También, ayuda a identificar condiciones que afectan la salud, el diagnóstico y el tratamiento de ciertas enfermedades crónicas. Así como también, modifica patrones conductuales que interfieren en la rehabilitación psicológica y social (Brannon, 2010).

Agregando a lo anterior, la psicología de la salud ha ganado un reconocimiento importante siendo parte de equipos interdisciplinarios encargados de mejorar el cuidado de la salud. Asimismo, esta área de la psicología cuenta con investigación creciente acerca de la

interconexión entre la psicología, el área social y los factores biológicos relacionados a la salud (Brannon, Feist y Updegraff, 2013).

Dentro del accionar de la psicología de la salud se manejan los siguientes conceptos:

4.4.1. Promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud para mejorarla. Constituye un proceso político y social que incluye las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos así como modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que pueden estar afectando la salud pública e individual. Existen cinco áreas de acción prioritarias para la promoción de la salud, estas son: 1. Establecer una política pública saludable. 2. Crear entornos que apoyen la salud. 3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud. 4. Desarrollar las habilidades personales. 5. Reorientar los servicios sanitarios (OMS, 1986). El proceso que se llevó a cabo en la empresa se orientó a desarrollar habilidades personales y crear un entorno de promoción de la salud siempre dirigido a que las y los empleados adquirieran más control sobre esta para así poder modificarla.

4.4.2. Prevención de la enfermedad

Como se dijo, la psicología de la salud comprende acciones destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Existe la prevención primaria y secundaria, la primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus consecuencias mediante una rápida detección y un tratamiento adecuado; también reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad (Nutbeam, 1998). Por lo tanto, esta práctica se efectuó en un nivel primario de prevención.

4.5. Calidad de vida

Un concepto de suma importancia para este trabajo es el de calidad de vida relacionada con la salud. Este se refiere a:

La valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y sociales (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras) (Vinaccia et.al., 2007, pp. 205-206).

La Organización Mundial de la Salud y su grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) (1995) enfatizan que la calidad de vida debe contemplar ejes a nivel subjetivo, multidimensional y de funcionamiento tanto positivo como negativo. Este concepto hace referencia a la percepción individual sobre la posición propia en la vida dentro de su contexto cultural y sistema de valores con el cual se interactúa tomando en cuenta expectativas, metas e intereses.

En sus inicios el concepto de calidad de vida estaba únicamente relacionado con el cuidado de la salud personal. Sin embargo, conforme fue avanzando su elaboración teórica y empírica se le añadieron conceptualizaciones relacionadas al campo de la salud y la higiene pública, derechos laborales, ciudadanos y humanos, así como, la experiencia subjetiva de las personas (Schwartzmann, 2003).

Asimismo, es importante mencionar que algunos autores han diferenciado el concepto de Calidad de Vida (CV) del de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Este último término es utilizado para evaluar la calidad de los cambios como resultado de las

intervenciones médicas y la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad; o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria. Esta es una medición de salud desde la perspectiva de los y las pacientes (Urzúa, 2010).

4.6. Presentismo

Cuando se relaciona una mala calidad de vida con el campo laboral surge el concepto de presentismo. Este alude a cuando las personas se presentan a su trabajo con estrés y problemas de salud mental y por lo tanto no son capaces de dar los resultados esperados por sus superiores. Este término inició para describir a las y los trabajadores que pasan mucho tiempo en el trabajo cuando temen que los despidan. A esto también se le puede llamar presentismo competitivo y presentismo enfermo (*sickness presenteesm*) ya que las y los trabajadores llegan a trabajar aunque se encuentren enfermos y lo hacen para competir por sus puestos. La Universidad Americana de Medicina Ocupacional y Ambiental define al presentismo como la medida en que síntomas de salud, condiciones y enfermedades afectan de forma negativa la productividad de los individuos que deciden quedarse en el trabajo cuando se encuentran enfermos (Chapman, citado en Biron y Øystein, 2009).

5. Objetivos generales, específicos y externos:

5.1. Objetivo general:

Implementar estrategias dirigidas hacia la prevención de la enfermedad enfocadas en el manejo del estrés y fortalecimiento de hábitos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de un grupo de empleados en una empresa multinacional.

5.2. Objetivos específicos:

1. Aumentar el control emocional y disminuir el estrés de las y los empleados participantes mediante estrategias de reestructuración cognitiva.

2. Fortalecer el control de la activación fisiológica emocional al implementar la técnica de relajación autógena de Shultz e indicaciones para mejorar la respiración.
3. Incrementar la asertividad de los participantes y disminuir las interacciones que puedan derivar en estrés o agresividad por medio de un entrenamiento en habilidades sociales.
4. Formar el conocimiento que permita la implementación de buenos hábitos nutricionales y deportivos en la vida diaria.
5. Crear una adherencia al tratamiento apropiada para fomentar una futura continuación de lo aprendido.

5.3. Objetivos externos:

Mitigar el daño y pérdida económica que resulta del presentismo y ausentismo por enfermedad en la empresa.

6. Consideraciones legales y éticas:

Para la debida realización de esta práctica dentro de un marco ético y legal las identidades de cada participante fueron tratadas con confidencialidad y no se hizo referencia a ningún tipo de información no concerniente con el trabajo de esta intervención en el ámbito académico o cotidiano. Al igual, por preferencia de la empresa, el nombre de esta no será presentado en ninguna publicación o en el informe final de este trabajo de graduación (sólo se hizo una descripción detallada de la institución).

También, para garantizar un buen trabajo se contó con la supervisión de profesionales especializados en el tema: la Dra. Ana María Jurado Solórzano directora de este trabajo final de graduación, y los lectores el Dr. Ronald Ramírez Henderson y Lic. Marggie Blanco Solís.

Metodología

1. Población meta, beneficiarios directos e indirectos de la práctica

El grupo de personas con las que se trabajó estuvo conformado por 9 empleados que dieron su consentimiento para participar voluntariamente en el taller, estos fueron los beneficiarios directos. También, a partir de lo logrado con la intervención, se benefició a la sede de la compañía ya que contar con empleados más saludables no sólo da un valor adicional a la empresa sino que también ayuda a mitigar las pérdidas causadas por el presentismo laboral, las ausencias por enfermedad y las renunciaciones.

Al mismo tiempo, se deben de tomar en cuenta como beneficiarios indirectos a los familiares, parejas y amigos de las y los participantes de la intervención ya que los cambios en el control del estrés pueden ayudar a mantener relaciones menos conflictivas, más asertivas y tranquilas. Además, los hábitos alimenticios y nutricionales en los que se trabajaron pueden ser extendidos hasta el núcleo familiar. Igualmente, la comunidad que rodea al individuo participante resultó beneficiada ya que esta persona es un ente transmisor de la información aprendida durante el taller.

2. Estrategia de intervención:

Para esta intervención se proyectó realizar 12 sesiones de una hora y 20 minutos aproximadamente, una vez por semana. Este planeamiento incluyó la conformación de grupos con una cantidad máxima de seis personas por agrupación. Sin embargo, antes de iniciar el taller la empresa consideró que sería mejor hacer un solo grupo de 9 personas.

Para la consecución de los objetivos planteados anteriormente y la buena implementación de esta práctica se plantearon las siguientes fases:

1. Contacto:

Primeramente, fue necesario tener un primer contacto con el área de recursos humanos de la empresa en el cual se explicaron los objetivos de la intervención así como su importancia, y se detalló el planeamiento de las sesiones, la

duración de estas y la cantidad de empleados máxima definida para esta práctica.

2. Convocatoria:

Después, se proyectó un proceso de convocatoria colocando afiches en distintos lugares de la empresa para que las y los empleados se registraran de manera voluntaria. Al igual, se planteó hablar con los supervisores para que ellos sugirieran este programa a quienes consideraran necesario. Sin embargo, la supervisora de la práctica consideró que era mejor que ella misma invitara a los participantes.

3. Preparación del material:

Seguidamente, se preparó el material necesario para la realización de los talleres, que incluyeron varias presentaciones de PowerPoint, fotocopias informativas y autorregistros. Así como también, se buscó la ayuda de profesionales como nutricionistas y doctores para que aportaran a hacer del taller una actividad más multidisciplinaria e integral.

4. Evaluación pre-tratamiento:

Para la ejecución de esta fase se utilizó el cuestionario de “La Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida” o World Health Organization Quality of Life (WhoQol-100) y el Cuestionario sobre Estrés Solano-Beauregard.

5. Tratamiento:

Para esta fase, se planeó realizar los talleres en una hora y media cada semana, pero cuando se dio inicio a la intervención se tuvo que acortar un poco la duración de las sesiones debido a que las y los participantes no podían pasar tanto tiempo fuera de sus laborales cotidianas. Por esta razón, los talleres tuvieron una duración aproximada de una hora y 20 minutos.

Esta intervención estuvo compuesta de las siguientes etapas: 1. Psicoeducación. 2. Reestructuración cognitiva. 3. Reducción de la activación fisiológica. 4. Entrenamiento en habilidades sociales. 5. Adquisición de hábitos apropiados de deporte y nutrición. 6. Adherencia al tratamiento.

6. Sesiones Individuales:

Se ideó realizar sesiones individuales con participantes que necesitaran atención extra y una mayor guía para la consecución de los objetivos de esta práctica.

7. Evaluación post-tratamiento:

Por último, con la intención de determinar los cambios surgidos a partir del tratamiento se volvieron a administrar las pruebas utilizadas en la evaluación pre-tratamiento. Posteriormente, estas fueron revisadas y se preparó una devolución individual de las puntuaciones de las pruebas para cada participante. En esta devolución se les mostró una comparación de las pruebas pre-tratamiento y post-tratamiento. También, se hizo una evaluación individual y subjetiva de los cambios y beneficios que las y los participantes obtuvieron del taller (sesión 12 del taller).

3. Definición de actividades, funciones y tareas básicas:

A continuación se detallarán las funciones, tareas y actividades que corresponden a los objetivos específicos numerados anteriormente. Como tareas se entenderá a las funciones realizadas por la facilitadora con el objetivo de proporcionar la buena comprensión de las técnicas, las tareas para la casa y para lograr una adherencia al tratamiento. Y las actividades corresponderán a los ejercicios prácticos realizados por los participantes y guiados por la facilitadora durante las sesiones con el objetivo de instaurar lo aprendido mediante la experiencia.

Objetivo 1.

Función	Tareas y actividades
<p>Reestructuración</p> <p>Cognitiva: Para esta parte de la intervención fue necesario que los participantes comprendieran la relación entre sus cogniciones, emociones y conductas mediante la explicación del ABC. Una vez entendido esto se inició con la explicación de qué son los pensamientos automáticos y cómo se deben debatir o cuestionar para llegar a crear nuevas creencias o pensamientos más adaptativos.</p>	<p>Tareas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Psicoeducación acerca del ABC, los pensamientos automáticos, el debate y la reformulación de pensamientos.2. Entrega y explicación de autorregistros para: la detección individual de pensamientos automáticos, debate de cada pensamiento y la reformulación funcional de estos.3. Llamadas semanales para recordar a los participantes el uso de los autorregistros. <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Discusión grupal de los diferentes pensamientos en los autorregistros individuales con el objetivo de que cada persona reciba feedback de los demás.2. Actividad en parejas en donde cada persona debe compartir un pensamiento irracional y otra debía usar lo aprendido acerca del debate de pensamientos para cambiar dicha cognición por otra más funcional.

Objetivo 2.

Función	Tareas y actividades
<p>Reducción de la activación fisiológica: Con el objetivo de reducir la activación fisiológica en momentos de estrés laboral se pretendió enseñar y ensayar con las y los participantes la Relajación Autógena de Schultz.</p>	<p>Tareas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Psicoeducación acerca de qué es la relajación, cómo esta reduce la activación fisiológica y cuál es la manera correcta de realizarla.2. Grabación y entrega de un CD con la grabación de la relajación dirigida.3. Recordatorios por medio de llamadas para practicar diariamente. <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Práctica grupal de una respiración diafragmática adecuada.2. Practica grupal de la relajación Autógena de Shultz.3. Tarea grupal: que esta relajación se practique en casa de manera en que más adelante pueda ser generalizada a situaciones de estrés en el campo de trabajo.

Objetivo 3.

Función	Tareas y actividades
<p data-bbox="224 327 574 411">Entrenamiento en habilidades sociales:</p> <p data-bbox="224 432 574 957">Consistió en brindar a las y los empleados herramientas con las cuales puedan enfrentarse a situaciones sociales de una manera más asertiva, así como controlar sus emociones, cogniciones y conductas para lograr mejores interacciones.</p>	<p data-bbox="602 327 704 359">Tareas:</p> <ol data-bbox="602 432 1492 684" style="list-style-type: none"><li data-bbox="602 432 1492 516">1. Psicoeducación: Para reconocer entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas.<li data-bbox="602 537 1492 621">2. Explicación mediante videos de qué es ser agresivo, pasivo y asertivo.<li data-bbox="602 642 1492 684">3. Asignación de autorregistros semanales. <p data-bbox="602 768 769 800">Actividades:</p> <ol data-bbox="634 873 1492 1503" style="list-style-type: none"><li data-bbox="634 873 1492 1188">1. Ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas. Para esto las y los participantes debían elegir a una pareja y pensar en alguna situación social pasada en la cual no se comportaron de manera asertiva. Luego, cada uno debía ensayar frente a su pareja la manera asertiva en que pudieron haberse comportado.<li data-bbox="634 1251 1492 1503">2. Autorregistro: Cada persona debía llevar un autorregistro durante la semana documentando situaciones sociales y su respuesta ante ellas. Además, en este debían valorar si la respuesta fue asertiva, agresiva o no asertiva y describir cuál hubiera sido una mejor respuesta (o una más asertiva).

Objetivo 4.

Función	Tareas y actividades
Adquisición de hábitos de deporte y buena nutrición	<p>Tareas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se buscó profesionales en los temas de nutrición y deporte para que estos dieran charlas acerca de buenos hábitos. 1.1. Para el área de nutrición se proporcionó una charla informativa con la estudiante avanzada de nutrición: Priscilla Jaikel. 1.2. Se planeó que la adquisición de hábitos deportivos iniciara con la charla informativa de un profesional en Ciencias del Movimiento Humano: Juan José Moncada. Sin embargo, este no pudo llegar al taller (se pueden ver los detalles de esto más adelante en los resultados) y por esto se tuvo que contactar a la entrenadora de un centro de acondicionamiento físico.2. Se le explicó a las y los participantes cómo las emociones y pensamientos influyen en la creación de nuevos hábitos.3. Se psicoeducó acerca de técnicas conductuales que ayudan a crear y mantener conductas saludables. <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Con la ayuda de estos profesionales se planteó realizar un plan que cada participante debía efectuar para mejorar tanto su alimentación como aumentar la cantidad de ejercicio físico según las necesidades particulares de cada uno.

Objetivo 5

Función	Tareas y actividades
Adherencia al tratamiento	<p>Tareas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="649 380 1482 632">1. En la última sesión, además de repasar todo lo aprendido, se les explicó que según lo realizado durante las semanas anteriores ellos deben entender que son responsables de su propia salud y por lo tanto deben ser proactivos y tomar el control de su salud física y calidad de vida.<li data-bbox="649 709 1482 1014">2. Durante todo el taller se realizaron llamadas a las y los participantes para recordarles cumplir con las tareas que se les pidió para cada semana; y preguntarles si habían experimentado dificultades en la realización de alguna de estas (para esto se les pidió su consentimiento, número de teléfono y tiempo en el que preferían ser llamados).<li data-bbox="649 1092 1482 1339">3. En cada sesión se les recordó que la familia debe estar informada acerca de lo aprendido ya que ellos deben encargarse de ser quienes informen a quienes viven con ellos acerca de los cambios que desean hacer para recibir apoyo y compañía en la adquisición de hábitos saludables. <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="649 1476 1482 1675">1. Actividad individual en donde las y los participantes debieron recordar y anotar cómo empezaron el taller, qué mejoraron, qué les falta por mejorar y, con la ayuda de la facilitadora, qué técnicas pueden usar para mejorar.

Objetivos 1, 2, 3 y 5.

Funciones	Tareas y actividades
Psicoeducación	Se dio una sesión en donde se les explicó a las y los participantes acerca del impacto del mal manejo de las emociones en la calidad de vida de las personas. También, se informó acerca de la importancia de adquirir hábitos saludables para mejorar la calidad de vida y los beneficios que esto puede traer consigo. Esta fue la primera sesión.
Sesiones individuales	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="651 642 1490 783">1. Identificación de las y los participantes que necesitaban de una intervención individualizada para progresar debidamente en relación a cualquiera de los objetivos de esta práctica.<li data-bbox="651 856 1490 951">2. Ofrecimiento de atención individualizada a las y los participantes previamente identificados.

4. Definición de las relaciones interdisciplinarias:

El ámbito de la Psicología de la Salud está caracterizado por su interdisciplinariedad ya que necesita del conocimiento de médicos, nutricionistas, profesionales en el movimiento humano y profesionales en muchos otros campos. Dentro de esta práctica se necesitó, no sólo la ayuda, sino también el conocimiento basado en evidencia que este tipo de profesionales pueden aportar.

De igual manera, la relación interdisciplinaria con Salud Ocupacional fue de extrema importancia ya que, como se dijo, esta práctica estuvo supervisada por la doctora encargada de este departamento cuyas funciones se pueden resumir en mantener y velar por la buena salud de las y los empleados. Por esta razón, en este proyecto se deseó que la psicología colaborara con Salud Ocupacional para contribuir al bienestar físico y mental de las y los trabajadores.

5. Definición del sistema de supervisión:

Durante los seis meses de esta práctica dirigida el sistema de supervisión estuvo conformado por dos partes. La primera, hace referencia al equipo asesor con el cual se realizaron sesiones de supervisión presencial para discutir y definir la parte teórica, estructural, metodológica y la trayectoria de la intervención dentro de la empresa. Con la directora de la práctica estas supervisiones se dieron una vez a la semana durante las sesiones del taller. Y cuando se terminaron estas sesiones y se inició con la creación de la propuesta para implementar el programa a mayor escala (se puede ver más información de esto en el área de resultados) las reuniones se dieron una vez cada dos semanas.

La segunda, se refiere a la asesoría y supervisión de la doctora del departamento de Salud Ocupacional con la cual se realizaron reuniones periódicas con el propósito de recibir su retroalimentación e informar acerca del proceso. Estas reuniones se dieron cada dos semanas, al inicio del taller tuvieron una modalidad presencial pero también se dieron vía electrónica debido a que la asesora tuvo que incapacitarse por un tiempo.

6. Definición del proceso de evaluación:

Se implementó una evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento en donde se utilizaron los siguientes tests: 1. El cuestionario de “La Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida” o World Health Organization Quality of Life (WhoQol-100). 2. El Cuestionario sobre Estrés Solano-Beauregard.

Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida (WhoQol-100) (anexo 2): Este pretende evaluar la percepción que poseen los individuos de su posición en la vida dentro su contexto cultural y su sistema de valores, lo anterior en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (Bobes, G-Portilla, Barcarán, Sáiz, & Bousoño, 2002).

Se trata de un cuestionario autoaplicado de cien ítems que evalúa seis dominios: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad. Cada dominio posee distintas facetas cuya sumatoria representa la puntuación de cada dominio. Este test posee una estructura correspondiente a una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que hacen referencia a intensidad, frecuencia, satisfacción o capacidad. Para la obtención de las puntuaciones se debe hacer una sumatoria donde a mayor puntuación mejor calidad de vida (Bobes, G-Portilla, Barcarán, Sáiz, & Bousoño, 2002).

Para calcular la confiabilidad de este instrumento los investigadores utilizaron los datos de 391 personas de distintas regiones a quienes se les aplicó un test-retest del instrumento. Los resultados mostraron que las correlaciones entre los ítems de la primera aplicación y la segunda fueron bastante altas, estas oscilaron entre .68 y .95. Dichos resultados sugieren que el WHOQOL-100 produce puntuaciones comparables a través del tiempo (WHOQOLGroup, 1998).

En cuanto a la consistencia interna de los dominios, esta oscila con un índice de α de Cronbach de 0.71 hasta α 0.86 (WHOQOLGroup, 1998). Además, sobre la validez discriminante, el instrumento demostró que logra una buena discriminación entre grupos de pacientes enfermos y en buenas condiciones. La diferencia más grande se encontró en el

dominio del nivel de independencia cuyas puntuaciones demostraron ser en un 18.5% menores para los participantes enfermos que para los saludables (WHOQOLGroup, 1998).

Cuestionario sobre Estrés Solano-Beauregard (anexo 3). Este instrumento tiene como objetivo determinar qué parte del cuerpo de un individuo es más susceptible o vulnerable a la tensión emocional. Está compuesto por 60 ítems, que el sujeto debe evaluar si ha experimentado o no y marcar un “sí” o “no”. Luego, las puntuaciones se deben obtener a partir de 3 factores: motor, cognitivo-conductual y neuro-vegetativo (Bertoglia, 1997).

El factor cognitivo-conductual se refiere a aquellos elementos del pensamiento de la persona que relacionados a reacciones de estrés y de cómo el individuo se enfrenta o actúa ante situaciones estresantes. El neuro-vegetativo se relaciona con las reacciones involuntarias del sistema nervioso autónomo ante el estrés, estas pueden ser palpitaciones, transpiración, náuseas, espasmos, desordenes del sueño y el apetito (Jiménez, 2010). Finalmente, el componente motor hace referencia a lo que percibe la persona según las diferentes partes del cuerpo afectadas por el estrés, esto se muestra signos como la sequedad en la boca, dolores musculares y en distintas partes del cuerpo como la cabeza y el pecho (Jiménez, 2010).

Este cuestionario fue pre-validado en el ámbito nacional por Bertoglia (1997), el cual realizó una adaptación del mismo para la medición del nivel de estrés en el personal de las oficinas del Banco Central de Costa Rica. Este cuestionario posee un α de Croanbach de 0.9187, lo cual indica que su confiabilidad es alta (Bertoglia, 1997).

7. Precauciones:

Para la adecuada implementación del tratamiento ya descrito se le administró a cada persona interesada una fórmula de consentimiento informado que fue leída y firmada de manera voluntaria para participar en el programa. Además, se debe de hacer una mención especial a la confidencialidad dada a la identidad de cada individuo y a sus aportes durante el taller.

De igual manera, fue de suma importancia llegar a un acuerdo con la empresa acerca de sus políticas de seguridad y confidencialidad para con sus empleados. De esta manera, se aclaró que esta práctica no pretende hacer una evaluación o investigación acerca de las

políticas empresariales para la mejora de la calidad de vida de las y los empleados ni hacer inferencias que generalicen el estado de estos en cuanto a salud, estrés, hábitos de vida saludables y calidad de vida. Únicamente, estuvo enfocado en propiciar un programa para que empleados voluntarios y con dificultades en el tema reciban ayuda y cambien conductas, emociones y cogniciones que los afectan en el ámbito de trabajo y de diario vivir.

Del mismo modo, resultó necesario definir si la empresa deseaba que el nombre de la organización (no sólo de las y los participantes de la intervención) fuera usado para la presentación del informe final de práctica dirigida.

Resultados

Este apartado pretende describir detalladamente lo realizado durante la práctica y el impacto que estas intervenciones tuvieron para las y los participantes. Por lo tanto, estará dividido en tres partes: 1. Taller: se detallarán las sesiones realizadas así como la revisión bibliográfica y preparación necesaria para lograr el buen desarrollo de lo propuesto en el cronograma. También, se expondrán los resultados obtenidos a partir de pruebas psicométricas, testimonios de los asistentes y evaluaciones individuales y grupales. 2. Sesiones individuales: pretende describir las técnicas, temas, relaciones interdisciplinarias, sistematización de la información e investigación bibliográfica realizada al atender a las y los participantes que requirieron de atención individualizada. 3. Propuesta final: se narrará el proceso de creación de una propuesta dirigida a implementar este tipo de intervenciones a mayor escala y con nuevos temas para el resto de la población empresarial.

1. Taller

1.1.Revisión bibliográfica y preparación para las sesiones grupales

A través de toda la práctica la investigación bibliográfica fue clave para proporcionar la calidad de cada sesión. Antes de cada una de las intervenciones se realizó una búsqueda de información acerca de los temas por ver y el abordaje apropiado de los mismos. También se supervisó con la directora de tesis cada semana para recibir la guía y aprender de la experiencia de una profesional especializada en el tema.

Primeramente, se realizó un trabajo de revisión bibliográfica y lectura acerca de cómo el estrés prolongado y el mal manejo emocional se manifiestan en la fisiología y las emociones de los seres humanos afectando negativamente a la salud. Para esto, se leyó acerca de la relación del estrés en la hipertensión, diabetes, deterioro en la memoria, metabolismo, enfermedades infecciosas, sistema inmune, sistema digestivo, reproducción, crecimiento etc.

Fue variada la bibliografía encontrada, sin embargo para referencia futura, se mencionarán algunos libros que fueron clave para entender con detalle lo mencionado

anteriormente: Health Psychology: An introduction to behavior and health (Brannon, Feist, & Updegraff, 2013), Handbook of Stress Science: Biology, psychology and health (Contrada y Baum, 2011), Handbook of Behavioral Medicine: Methods and applications (Freedland et.al., 2010), Why Zebras don't Get Ulcers (Salpowsky, 2009), International Handbook of Work and Health Psychology (Cooper, Campbell, Schabracq, 2009) y Stress and Hypertension: Examining the relation between the psychological stress and high blood pressure (Larkin, 2005). Toda esta información fue especialmente necesaria para la primera sesión, que fue completamente informativa, y dio la seguridad para brindar buenas explicaciones no sólo ante las y los participantes sino también ante la doctora supervisora de la práctica.

Luego, como ya se dijo, cada sesión de intervención requirió de una revisión bibliográfica orientada a garantizar un abordaje apropiado. Esta revisión consistió en reforzar y ampliar lo visto en la carrera acerca de la intervención cognitiva-conductual. Entre las lecturas clave se deben mencionar las siguientes: Cognitive Behavioral Therapy: Basics and beyond (Beck, 2011) y Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and resources for practice (Free, 2007).

Cada semana, una vez recopilada la información necesaria para la sesión correspondiente, se resumió el contenido de lo leído y se ajustó el material para hacerlo comprensible e interesante para las y los empleados. Además, se realizaron presentaciones con Power Point y se planearon discusiones y prácticas de lo aprendido mediante actividades grupales. Por último, se preparó el material extra que sirvió como soporte de lo aprendido como lo fueron los autorregistros, lista de distorsiones cognitivas, guía para el debate de pensamientos, hoja de metas nutricionales y deportivas etc.

1.2.Desarrollo de las sesiones del taller.

Al comienzo del taller la muestra inicial correspondió a 9 participantes invitados por la doctora de la empresa, 3 hombres y 6 mujeres. De estos, 2 de ellos se retiraron después de la primera sesión y uno en la cuarta sesión. Por tanto, los análisis que en adelante se presentarán fueron realizados sobre un total de 6 participantes, 1 hombre y 5 mujeres, con edades comprendidas entre los 27 y 51 años de edad. Todos recibieron un taller cognitivo conductual

grupal (con algunas sesiones individuales) para la regulación del estrés y mejora de la calidad de vida. Se debe agregar, que una vez iniciados los talleres la empresa solicitó incluir a 2 participantes más a quienes se les brindó sesiones de reposición, sin embargo, uno de ellos fue despedido antes de poder unirse al grupo y otro no estuvo interesado en el taller grupal ya que sólo quería recibir sesiones individuales.

Se debe aclarar que, a pesar de que al inicio se había planeado tener a sólo seis personas por grupo la empresa decidió que era más conveniente tener un grupo de 9 personas (sin contar a los 2 individuos que trataron de unirse después) debido a la disponibilidad de la sala de sesiones. Otra cosa que no resultó como planeada fue la fase de contacto ya que, como se dijo anteriormente, se decidió junto con la supervisora de la empresa que fuera ella quien se encargara de seleccionar a las y los participantes. Esto debido a que ella es la doctora y directora de Salud Ocupacional de la empresa y por lo tanto conoce bien las necesidades y estados de salud de las y los empleados.

En el presente apartado se mostrará el desarrollo de las sesiones grupales y, al final, los respectivos resultados de la práctica desarrollada obtenidos a partir de las sesiones de cierre individuales realizadas al final del taller y las mediciones pre y post tratamiento de las pruebas psicométricas.

Sesión 1:

El objetivo de esta primera sesión fue psicoeducar acerca de qué es salud y calidad de vida así como qué es el estrés y por qué este puede llegar a ser un obstáculo para la salud cuando se vuelve crónico. También, pretendió provocar el interés de las y los participantes al presentar la problemática del mal manejo emocional en el campo laboral y su relación con la salud física y mental.

Esta primera sesión inició con la entrega de los consentimientos informados (anexo 4) para ser leídos y firmados así como un contrato con las reglas del taller (anexo 5). Seguidamente, la psicoeducación acerca del estrés inició con la presentación de dos escenarios que las y los participantes comentaron: uno en donde el estrés no era necesario (un hombre en una presa) y otro en donde sí lo era (una mujer a punto de ser asaltada). A partir de

esto, se explicó desde un punto de vista fisiológico las reacciones del sistema nervioso parasimpático, simpático y la activación del eje HPA ante estímulos causantes de estrés (Contrada y Baum, 2011). Luego, se expuso lo que causa la activación de este mecanismo en la respuesta cardiovascular, inmune y metabólica de una persona cuya respuesta de estrés se prolonga más de lo necesario (Salpowsky, 2009). Así como también, se habló de las consecuencias negativas en la memoria, el rendimiento laboral, la salud cardiovascular, salud sexual y reparación de tejidos (Salpowsky, 2009).

En este primer acercamiento a las y los participantes fue clave dejar en claro que la salud incluye conductas como el deporte y la nutrición pero que esta no se reduce sólo a lo que se conoce como salud física sino que también incluye el control de las emociones. Igual de importante, fue informarles que el estrés casi nunca se presenta solo ya que por lo general viene acompañado de emociones que necesitan ser reguladas. Y que el estrés es una reacción necesaria en cada individuo que nos ayuda a sobrevivir a momentos de amenaza o vulnerabilidad pero cuando este se presenta durante periodos prolongados con una intensidad exagerada y que no va acorde con la situación llega a ser innecesario y un riesgo para la salud (Brannon, Feist y Updegraff, 2013).

Por último, se hizo una discusión acerca de lo que es la salud incluyendo la definición de salud hecha por la OMS. Y se les dio una pequeña idea de lo que iban a consistir las siguientes sesiones del taller.

Sesión 2:

Uno de los objetivos de esta práctica fue enseñar estrategias de reestructuración cognitiva para aumentar el control emocional y con esto disminuir el estrés. Para lograr dicha meta se dedicaron 4 sesiones de intervención a la psicoeducación y práctica de esta técnica.

En la segunda sesión del taller, se les explicó a las y los participantes cómo los pensamientos pueden afectar las conductas y emociones. Para esto se utilizó el esquema ABC en donde A es el acontecimiento, B la interpretación de este acontecimiento y C las consecuencias emocionales y conductuales de la interpretación (Beck, 2011). Con este esquema se realizaron varios ejemplos relacionados a situaciones de estrés laboral en donde el grupo opinó según sus vivencias personales.

Una vez establecida la relación entre pensamientos y emociones, se continuó con la explicación de qué son los pensamientos automáticos. Para esto, se ilustró mediante varios ejemplos que en ocasiones tendemos a interpretar ciertas situaciones de manera irracional y distorsionando la realidad. Todo esto sucede sin que se quiera y puede provocar emociones negativas que son poco útiles y que dificultan la consecución de metas.

También, se les comentó que estos pensamientos por lo general son muy breves y es probable que se percaten de la emoción que les generó la interpretación de la situación antes de reconocer qué pensamiento tuvieron. Con esto se introdujo que el primer paso para practicar la reestructuración cognitiva es identificar los pensamientos automáticos.

Para lograr esta identificación se ilustraron las siguientes características mediante ejemplos: 1. Estos pensamientos pueden ser una sola palabra pero con un significado subyacente. 2. Se pueden presentar en forma de imágenes. 3. Algunos son válidos pero la conclusión a la que se llega con estos es distorsionada y equivocada. 4. Otros pueden ser válidos pero poco útiles (Beck, 2011). Cada característica fue ejemplificada con un ABC diferente y se le pidió a las y los participantes que mencionaran situaciones y ejemplos de pensamientos similares que hayan tenido anteriormente.

Seguidamente, se utilizó el ejemplo de una “alarma de emociones” que representa el uso de las emociones como alarmas ya que estas van a avisar que se ha tenido un pensamiento el cual hay que identificar para lograr el primer paso de esta técnica.

Para finalizar la sesión, se dieron algunos consejos para identificar los pensamientos. Por ejemplo, visualizar la situación que les generó una emoción negativa de manera detallada o prestar más atención a situaciones que anteriormente han generado estrés u otras emociones que les han resultado dañinas. Al final, se les entregó la primera tarea: un autorregistro para apuntar las situaciones (A), los pensamientos (B), emociones y conductas (C) generadoras de malestar durante la semana (anexo 6).

Sesión 3:

La tercera sesión tuvo como propósito enseñar al grupo a evaluar los pensamientos automáticos una vez identificados. Por lo tanto, se les explicó cómo evaluar los pensamientos al someterlos a algunas preguntas que buscan la evidencia y lógica de lo que se piensa para lograr interpretaciones más realistas y útiles. Además, se explicaron los tipos de distorsiones cognitivas que existen y por qué es importante reconocerlas.

También, se realizó una discusión grupal con los autorregistros, en la cual cada persona dijo uno de sus pensamientos automáticos para que el resto del grupo lo debatiera y evaluara según lo aprendido. Durante este ejercicio resaltaron pensamientos como “mi jefa piensa que soy débil”, “me van a terminar despidiendo”, “algo muy malo pasó” (pensamiento registrado al escuchar el teléfono celular durante el trabajo) etc.

Este ejercicio resultó bastante útil cuando una de las integrantes recibió un correo durante la sesión en donde su jefa le llamó la atención de una manera agresiva y ella decidió contárselo al grupo y expresar los pensamientos que le surgieron en el momento. Seguidamente, el grupo le brindó apoyo emocional y muchos consejos para manejar mejor la situación. También, grupalmente se debatieron algunos de los pensamientos que ella mencionó.

Al concluir la sesión, se les dio nuevos autorregistros (anexo 7) con espacios extra para realizar la evaluación de pensamiento. También, recibieron una hoja con las preguntas de debate de pensamiento y otra con los distintos tipos de distorsiones cognitivas (anexo 8).

Sesión 4:

En la siguiente semana, la sesión cuatro continuó con el entrenamiento en reestructuración cognitiva y se centró en debatir pensamientos para poder cambiarlos por otros más funcionales. Para esto, se realizó una actividad en donde las y los participantes debían elegir una de las situaciones que les hubiera causado estrés durante la semana junto con su respectivo pensamiento automático. Luego, otra persona del grupo debía encargarse de debatir el pensamiento según lo aprendido en la sesión pasada y cambiarlo por uno más

funcional para su compañero. Cada participante tuvo su turno tanto para comentar su pensamiento como para debatir los pensamientos de otros.

Este ejercicio mostró que el grupo comprendió bien cómo debatir y cambiar pensamientos. El siguiente es un ejemplo de uno de los pensamientos evaluados: La participante K fue a una caminata en Jacó y no la pudo completar porque estaba muy cansada. Su pensamiento automático fue “claro como estás más gorda ya no das más” y “la gente me ve como diciendo *esa bola qué está haciendo aquí*”. Esto la hizo sentirse muy triste y avergonzada. El compañero B se ofreció para debatir el pensamiento. Este le dijo que no debía de atribuirle la responsabilidad de lo que sucedió sólo a su sobrepeso sino que también era importante ver otros factores causantes como lo hidratada que iba, el calor y el tiempo que llevaba sin hacer ese tipo de caminatas. Otros aportaron preguntándole cuál era la evidencia de que la gente estaba pensando así de ella. Finalmente, concluyeron que debía felicitarse por el esfuerzo de hacer deporte y la próxima vez sólo tenía que prepararse más.

Con este ejemplo se puede ver como buscaron evidencias objetivas para interpretar un pensamiento. Y distribuyeron las responsabilidades de una situación a varios factores evidenciando que entendieron lo que se les quiso transmitir la sesión pasada.

Además de lo anterior, se abordó el tema de descatastrofizar el despido ya que la terminación de sus trabajos era un miedo recurrente en la mayoría de las y los participantes. Para esto, se discutió qué tan terrible sería ser despedidos, cómo enfrentarían la situación; así como los pros y contras.

En general, a partir de la actividad realizada y las discusiones grupales se dejó en claro lo siguiente: 1. No basta con evaluar los pensamientos, también hay que cambiarlos. 2. Se deben evitar las preocupaciones por lo que no es posible controlar. 3. No deben anticipar de manera negativa. 4. No se trata de ser optimistas sino de ver las situaciones desde un enfoque favorable que no les perjudique o atrase. 5. Si los pensamientos son preocupaciones objetivas de una situación real deben buscar soluciones y tomar el control del asunto en lugar de sólo preocuparse.

Sesión 5:

La sesión 5 fue la última dirigida a mejorar el control emocional por medio de la RC. Se decidió que esta sesión iba a realizarse de manera individual ya que durante las sesiones grupales se encontraron situaciones que muchos quisieron tratar manera privada. Además, con estas sesiones se evaluó el progreso de cada participante y se les brindó atención individual para aplicar las estrategias de reestructuración cognitiva a sus problemáticas cotidianas.

Durante las sesiones individuales de esta semana se escuchó a los individuos y se tuvo una mejor comprensión de las situaciones, tanto dentro de la empresa como afuera, en donde se les hacía más difícil la regulación emocional. Estas problemáticas estuvieron relacionadas a temas como conflictos familiares, enfermedades, exceso de trabajo, conflictos con compañeros y jefes, enfermedades mentales como depresión y trastorno bipolar, problemas de autoestima etc.

A partir de estos temas se trabajó detectando las distorsiones cognitivas y creencias irracionales presentes en el discurso de cada paciente y esto originó la discusión y debate de pensamientos. Además, se trabajó con un tema muy importante que muchos sacaron a relucir: Qué pasa cuando lo que causa estrés es algo real, no un pensamiento, no una creencia irracional sino un verdadero problema (ejemplo, los problemas económicos generados por el divorcio de una participante). Acerca de esto, se les recordó que en estos casos es importante empezar a idear planes para resolver estos problemas y tomar las decisiones necesarias. También, se les ayudó recordando las preguntas de debate como: ¿Qué es lo peor que podría pasar? (si es que ya no está pensando lo peor). Si esto pasara, ¿cómo te enfrentarías a esta situación? ¿Estarías bien? ¿Qué sería lo mejor que puede suceder? ¿Cuál es el resultado más realista?

Después de estas sesiones se detectaron 4 participantes que necesitaban de una atención individualizada más regular y se les preguntó si deseaban venir a algunas sesiones extra, todos ellos aceptaron asistir a las sesiones individuales. Estas sesiones serán detalladas más adelante.

Sesión 6:

Más adelante, se destinó la sesión 6 para la consecución del segundo objetivo específico. Esta consistió en practicar la relajación autógena de Shultz y una respiración adecuada. Para esto se explicó que cuando el cuerpo se enfrenta a un estímulo que causa estrés la respiración se vuelve rápida y superficial ya que no utiliza toda la capacidad funcional de los pulmones. Esto causa un aumento en la sensación de tensión corporal, mala oxigenación y repercusiones para el sistema circulatorio (Labrador, 2009).

Luego, se expuso cómo realizar una respiración adecuada y se practicaron ejercicios en los cuales debían inhalar en 4 segundos, retener el aire por 5 segundos, exhalar en 4 segundos y no respirar por 5 segundos para empezar de nuevo; esto se repitió tres veces.

Se continuó con la realización de la Relajación Autógena de Shultz. Al final de esta se aclaró que dos procesos fisiológicos incompatibles como el estrés y la relajación no se dan al mismo tiempo. Y una adecuada representación mental, como la realizada, puede lograr cambios fisiológicos que introducen al individuo a un estado de relajación. Además, al relajarse aumentan la vasodilatación, disminuyen la tensión corporal y la frecuencia del ritmo cardíaco; así como también producen cambios en la frecuencia de la respiración (Labrador, 2009).

Al terminar la relajación reportaron haber experimentado comodidad y relajación, incluso una integrante que tiene un rol de manager en la empresa dijo que iba a practicarla con sus trabajadores. Por último, se les brindó un guion con los pasos para realizar la Relajación Autógena y se les envió un email con una grabación de esta hecha por la facilitadora. A partir de esto, se les dejó la tarea de practicar esta relajación una vez al día durante una semana.

Sesión 7:

La búsqueda de una salud integral también implica tener mejores interacciones cotidianas. Por esta razón, la sesión 7 fue dirigida a mejorar la asertividad de las y los participantes y así cumplir con el tercer objetivo de esta práctica.

Esta sesión inició con una psicoeducación acerca qué es una comunicación, agresiva, asertiva y pasiva. Luego se dieron ejemplos mediante videos, uno mostraba a un jefe siendo

agresivo mientras su empleado se comunicaba de manera pasiva. Y el otro dio una explicación de qué es ser asertivo y cómo lograr la asertividad (Caballo, 2007).

Seguidamente, se le pidió al grupo que compartiera sus experiencias en cuanto a este tipo de comunicación. Una participante, por ejemplo, comentó que cada vez que uno de los ejecutivos más grandes de la empresa pasa por el pasillo ella baja la cabeza y nunca ha logrado hablarle sin miedo.

Después de que muchos compartieron sus experiencias se realizó una discusión grupal acerca de cuáles podrían ser las consecuencias de usar estos tipos de comunicación sobre todo la asertividad. Y se expuso acerca de las habilidades que debe tener una persona para ser asertiva, entre ellas: la postura, el contacto visual, expresión de emociones, solución de problemas, volumen de voz, tiempo de habla etc.

Fue importante dejar en claro que ser asertivos no implica una falta de conflicto sino más bien una manera de ser directos, respetuosos y de hacer valer nuestros derechos así como también dejar en claro nuestros límites. Estos derechos fueron comentados al grupo, entre ellos se puede mencionar el derecho a decir que no, a no estar de acuerdo, a expresar una opinión, expresar sentimientos, ser respetados y pedir respeto etc. También, se les recordó que estos son propios de cada ser humano y no pueden ser transgredidos por figuras de poder en la empresa.

Mas delante, se les dio una guía de cómo enfrentarse a situaciones sociales que pueden ser difíciles (hacer y recibir críticas) de una manera asertiva y que no perjudique sus estados de ánimo. Y por último, se les pidió que de tarea pensaran en una situación social que no saben cómo manejar o una en donde les hubiera gustado haber actuado asertivamente.

Sesión 8:

La sesión 8 también tuvo el objetivo de mejorar habilidades sociales y puso en práctica lo aprendido la semana anterior. En esta se realizó un juego de *roleplay* en el que las y los participantes explicaron al grupo la situación que trajeron como tarea y luego la dramatizaron de manera asertiva junto a otro compañero que debía dificultar la interacción cuestionando o actuando agresivamente.

Este juego fue de gran utilidad ya que las y los participantes no sólo recibieron feedback acerca de sus habilidades asertivas sino que también expresaron situaciones difíciles de sus vidas y recibieron el consejo y apoyo de sus compañeros. Además, les permitió evaluar, corregir, cambiar y practicar para situaciones que les generaban estrés.

Entre las situaciones sociales que surgieron se encontraban: solicitar un cambio de puesto al jefe, pedir a la familia que colaboren más en el cuidado de los padres enfermos, pedir a la familia que sigan ciertas reglas de convivencia en el hogar, enfrentar una reunión de uno a uno con una jefa difícil, criticar el trabajo de un empleado etc.

Sesión 9:

El cuarto objetivo fue contribuir a mejorar los hábitos saludables de nutrición y deporte. Con esto en mente, las sesiones 9 y 10 fueron dirigidas a informar acerca de estas prácticas saludables y cómo implementarlas.

Para la sesión 9 se invitó a una estudiante avanzada de psicología y nutrición. En su exposición, habló de establecer pequeñas metas nutricionales realistas para llegar a una meta total. También, recomendó definir el tiempo en el que se quiere cumplir cada meta, cómo se va a realizar y qué cosas se deben cambiar de la rutina ordinaria.

Durante esta charla informativa se habló acerca de los nutrientes y los micronutrientes como los carbohidratos, grasas y proteínas. Así como también acerca de las vitaminas, el agua y los minerales. Luego, se les proporcionaron ciertos tips importantes para comer de una manera saludable como no endulzar frescos naturales, evitar el consomé, evitar las frituras, escoger salsa de tomate en lugar de salsas a base de cremas, evitar gaseosas y frescos en botellas, comer cada 3 horas, preferir grasas saludables, comer antioxidantes y cuáles son estos etc. En esta sección las y los participantes aprovecharon para hacer preguntas acerca de sus dietas cotidianas y cómo mejorarlas.

Más adelante, la expositora continuó con una discusión que dejó en claro el papel de las emociones en la nutrición. Se concluyó que no es cierto que comemos sólo para nutrirnos sino que también comemos como una actividad social y según nuestro estado de ánimo. Además, nos alimentamos de cierta manera para cumplir con un ideal de belleza o nos sentimos mal y frustrados cuando comemos algo que nos aleja de ese ideal. En general, estas

emociones se relacionan con la comida y por eso no se puede dejar a las emociones de lado cuando se habla de nutrición.

Con esto, se discutió un poco qué tipo de pensamientos automáticos se asocian a la nutrición. Entre ellos mencionaron el desprecio al propio cuerpo, la culpa al comer algo, pensar que no se tiene control sobre lo que se come etc.

Seguidamente, se habló de lo importante que es la organización al comer saludable. Por ejemplo, alistar los alimentos con anticipación; ya que una mañana antes de ir al trabajo es muy difícil preparar algo saludable. También, comprar porciones saludables de snacks, dejar una “comida trampa” a la semana y fijar pequeñas metas que pueden ser dominadas fácilmente al principio para luego ir aumentando poco a poco la dificultad de otras metas.

Al igual, se les recordó la importancia de involucrar a la familia en el proceso de adquisición de nuevos hábitos saludables. Ya que si una persona recibe el apoyo de quienes la rodean y vive en un ambiente que le facilita comer bien es más fácil cumplir con las metas fijadas. Además, esto beneficia a la misma familia haciendo que el alcance de lo aprendido en este taller sea aún más amplio.

Por último, se les pidió a las y los participantes que fijaran pequeñas metas y las compartieran al resto del grupo. Entre estas se mencionó preparar las propias salsas de tomate para el espagueti, alistar agua para traer al trabajo y no tomar otro tipo de refrescos, traer almendras para comer mientras se trabaja etc.

Sesión 10:

La semana siguiente, en la sesión 10, se trató el tema del ejercicio físico mediante una charla informativa y motivacional de una estudiante egresada de psicología y entrenadora de un centro de acondicionamiento físico. Esta exposición consistió en explicar cómo el ejercicio ayuda a prevenir enfermedades y mejora la calidad de vida.

Se inició con una discusión introductoria acerca de las diferencias entre los estilos de vida de personas en diferentes culturas y cómo esto influye en la calidad de vida general que tienen los ciudadanos de ciertos países. Se dio el ejemplo de Estados Unidos vs otros países europeos en donde los últimos usan el transporte público que implica una mayor actividad física mientras que los primeros utilizan carro y están acostumbrados a dietas perjudiciales.

Luego, se continuó explicando qué es actividad física. Esta fue definida como los movimientos corporales involucrados en la vida diaria, como caminar. Y que deberían darse 3 veces a la semana por 30 minutos para la consecución de una vida saludable. Luego se expusieron los beneficios de realizar actividad física, como el factor de crecimiento neurotrófico, aumento de endorfinas, aumento de agilidad y función cardiovascular etc. Con esto, se resaltó que el ejercicio físico provoca una disminución significativa en las manifestaciones fisiológicas del estrés crónico.

Más adelante, se habló del papel de las emociones en la actividad física y nutrición ya que estas pueden sabotear o ayudar a mejorar el rendimiento. Para ilustrar esto, se les explicó el modelo de E. Dongil y A. Cano (comunicación personal, 12 de Noviembre, 2016) que explica la consecución de pensamientos y sentimientos que llevan a una persona de estar muy motivada al iniciar una dieta o rutina de ejercicios a abandonar y querer empezar de nuevo. En este modelo se inicia con una euforia inicial (“esto va en serio”) luego la persona empieza sus metas con un alto perfeccionismo, autocontrol y disciplina. Sin embargo, esto la va a llevar a experimentar emociones negativas como estrés, ansiedad, tensión, irritabilidad, apatía, desesperanza y tristeza, lo cual, va a desencadenar un cansancio emocional y pérdida de la motivación. Debido a lo anterior, se continúa con un abandono de las metas acompañado de más emociones negativas como culpa, frustración y desilusión.

Más adelante, se explicaron las consecuencias de no hacer actividad física y se dieron ejemplos de cómo ser más activos en momentos cotidianos. Por ejemplo, salir a caminar mientras se hace una llamada larga, bailar mientras se hace oficio, subir las escaleras, caminar una parada más lejos, jugar con los hijos etc.

Por último, se discutió la importancia de realizar actividad física para mejorar la salud y no únicamente para adelgazar y alcanzar un ideal de belleza. Se les recomendó dejar de ver la balanza y empezar a buscar ejercicio moderado que puedan disfrutar y que no represente un castigo. Al igual, se les recordó que para mejorar los hábitos deportivos y nutricionales, es necesario cumplir primero las metas pequeñas y más adelante cuando estas estén dominadas aumentar la intensidad de las nuevas. Por ejemplo, la primera meta puede ser ir al segundo piso de la empresa usando las escaleras, luego subir hasta tercer piso de la misma manera y más adelante esto puede aumentar a bajarse del bus una parada antes de su destino final etc.

Al terminar, para reforzar el establecimiento de hábitos tanto alimenticios como deportivos se les dio un cuadro para la planificación de las nuevas metas (anexo 9) este fue revisado en la siguiente sesión.

Sesión 11:

Este taller fue de 12 sesiones, sin embargo, la última sesión grupal fue la sesión 11 ya que se decidió que la sesión 12 debía ser individual. Esta consistió en un repaso de lo aprendido y brindó un espacio para recibir la opinión de las y los participantes acerca del taller. Para esto, se inició con la pregunta de ¿qué es salud? Y luego, se les pidió mencionar y explicar qué les pareció útil, no tan útil y qué puede ser mejorado.

En cuanto a la primera pregunta, ellos contestaron que salud es: tiempo para uno mismo, organizar prioridades, bienestar emocional y físico, tomar el control de aspectos de la vida sin dar prioridad a las preocupaciones, tener buenos hábitos nutricionales y deportivos, tener buenas relaciones con los demás etc.

Acercas de la utilidad del taller contestaron que este fue una forma de canalizar y dar sentido a las emociones diarias para que estas no se convirtieran en un problema mayor. Además, resaltaron que la primera sesión es muy importante y que sería de mucho provecho para el resto de las y los empleados de la compañía entender cómo el estrés afecta a la salud y el rendimiento. En este sentido, algunos fueron más específicos al mencionar la utilidad de entender por qué el estrés afecta al sistema cardiovascular, sistema respiratorio y memoria.

También, describieron a la reestructuración cognitiva como una herramienta útil para tranquilizarse y pensar si los pensamientos que se tienen son automáticos o reales. Por ejemplo, una participante aportó que el taller la ayudó a “organizar la mente” y no creer todo lo que piensa de sí misma y las situaciones de su vida ya que esto puede estar distorsionado. Y por último, todos coincidieron en lo ventajoso que fue aprender a respirar y a relajarse mediante la relajación autógena.

Entre lo que se debe mejorar, las y los participantes concordaron en que este debe ser un taller más largo y con menos personas ya que les es más fácil expresarse en grupos pequeños, de 3 personas por ejemplo. Esto es de suma importancia ya que implica abrir la oportunidad para que este tipo de talleres no se faciliten sólo una vez a la semana sino que se

den en varias ocasiones. Lo cual implica ciertos beneficios, como que sería un tratamiento más eficiente que la terapia individual y que no estaría limitado por una cantidad exagerada de personas que pueden afectar los resultados finales y la consecución de metas terapéuticas.

Al igual, recomendaron aumentar el número de sesiones individuales ya que muchos reportaron tener problemas que preferían no comentar en grupo. Y finalizaron pidiendo tener más clases de práctica para mejorar la reestructuración cognitiva.

Sesión 12:

El objetivo 5, de adherencia al tratamiento, se fue trabajando a lo largo de toda la práctica mediante mensajes de texto o llamadas a las y los participantes una vez a la semana para recordarles aplicar lo aprendido en el taller anterior y ayudarles con dudas o situaciones que involucraran lo visto en las sesiones. Cada semana se les recordó realizar la tarea asignada así como puntos clave y puntuales de lo visto. Asimismo, se brindó asistencia telefónica para lidiar con situaciones relacionadas a lo aprendido en las sesiones.

La sesión 12 también fue destinada a crear adherencia y prevención de recaídas. Y, al mismo tiempo tuvo como propósito evaluar de manera subjetiva el progreso de cada persona. Esta fue administrada individualmente con el objetivo de que cada participante tuviera en claro los siguientes aspectos: 1. ¿Cómo empezó? 2. ¿Qué cambios logró? 3. ¿Qué hizo para llegar a esos cambios? 4. ¿Qué le falta por mejorar? 5. ¿Cómo puede mejorar lo que le falta? Se les explicó que el punto 1 también es una lista de signos de alarma que si vuelven a aparecer pueden significar que están recayendo y deben aplicar el punto 3. Toda esta información se les entregó en una hoja. En esta sesión también se les proporcionó un feedback a partir de los resultados del pretest y el posttest del Cuestionario sobre Estrés Solano-Beauregard y el WhoQol-100. Sin embargo, sólo 3 participantes pudieron asistir.

Los reportes de las y los participantes en estas sesiones junto con los resultados del pre-test y post-test de sus pruebas psicométricas serán presentados en un apartado más adelante.

1.3.Sesiones de Reposición

Por razones que se mencionarán más adelante, durante el transcurso del taller varios participantes faltaron a las sesiones. De las 9 personas que iniciaron el taller los 3 que se

retiraron no necesitaron ninguna sesión de reposición. Sin embargo, de las 6 personas que terminaron el taller 3 de ellos faltaron sólo una vez (pacientes 2, 4 y 6). Y los otros 3 faltaron: 3 veces (paciente 1), 5 veces (paciente 5) y en 7 ocasiones (paciente 3). Cada semana (menos la primera) había alguien, o más de una persona, que por algún motivo avisaba que no iba a poder asistir (ver Tabla 1).

Debido a lo anterior, fue necesario hacer sesiones de reposición para quienes deseaban haber asistido al taller pero que por motivos laborales no pudieron. Para esto se consultó con el sistema de supervisión de la práctica y con la empresa para tener un espacio y tiempo para la reposición. Fue así como después de la segunda semana del taller se empezaron las sesiones de reposición. Y, en un par de ocasiones, se necesitaba más de una sesión de repetición por semana ya que era muy difícil coordinar los tiempos libres de cada empleado y todos se mostraron genuinamente interesados en no perder la sesión. Estas sesiones tenían el mismo contenido que las grupales.

Las reposiciones no se dieron únicamente a las y los empleados participantes del taller, también se administraron a otros dos empleados (participantes 10 y 8 de la Tabla 11) que la empresa pidió que se incluyeran una vez iniciadas las sesiones grupales. Estos recibieron 4 sesiones de reposición para lograr incluirlos al resto del grupo, pero como se mencionó anteriormente, uno de ellos fue despedido y el otro no se interesó por las sesiones grupales y esperaba que se le dieran sólo individuales.

En total se realizaron 11 sesiones de reposición con una duración de 1 hora cada una.

Participante	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#10	#11
Sesiones a las que faltó	3	1	7	1	5	1	Este empleado quería ser incluido en las sesiones grupales del taller	Este empleado quería ser incluido en las sesiones grupales del taller
Sesiones que repuso	2	1	1	1	1	1	1	3

Tabla 1.

1.4. Llamadas

En la descripción de la sesión 12 se mencionó cómo las llamadas y mensajes de texto fueron una parte importante del taller para promover la adherencia al tratamiento. Sin embargo, es necesario desarrollar este punto más a fondo debido al impacto que tuvo y el tiempo que se le dedicó.

Al inicio del taller, se les pidió a las y los participantes dar su número de teléfono si estaban de acuerdo en que se les llamara o se les mandara un mensaje de texto una vez a la semana para facilitar una mejor adherencia al tratamiento. Todos dieron sus números y algunos especificaron que preferían mensajes de texto. Y se debe recordar que estos contactos telefónicos se realizaron con todos, o sea, no sólo con quienes terminaron el taller.

De esta manera, cada semana se dedicó tiempo para escribir y llamar a las y los participantes. Por lo general, la estructura de las llamadas y mensajes de texto fue, primero, recordar puntos clave de lo visto en la semana así como los autorregistros y después, discutir un poco acerca de la situación de la persona en esa semana en específico siempre tratando de relacionar la conversación a lo visto en las sesiones anteriores. Durante estas llamadas se dieron recomendaciones y guías acerca de cómo abordar ciertas situaciones.

Este sistema de llamadas y mensajes también sirvió para que los mismos empleados llamaran en ocasiones en donde no sabían cómo manejar una situación. Por ejemplo, una empleada llamó porque estaba teniendo un ataque de pánico en el baño de la empresa y necesitaba una guía para tranquilizarse. En ese momento se le proporcionaron instrucciones para que respirara con tranquilidad, además se le escuchó y se le dieron algunos consejos para enfrentar mejor la situación. También otra participante llamó para comentar acerca de un enfrentamiento que tuvo con un empleado de un hospital y no sabía cómo calmarse.

1.5.Sistematización de los datos

Una vez concluida cada sesión ordinaria o de reposición se realizó una sistematización de los datos relevantes, esto requirió de un promedio de 3 horas por semana. En estas sistematizaciones estaba incluida la asistencia, los comentarios de las y los participantes, los temas relevantes, problemáticas, dudas, observaciones y áreas por trabajar.

Esta recopilación de los datos fue especialmente necesaria para monitorear el progreso del grupo mediante sus aportes, discusiones y participación en las actividades así como para ver las áreas que debían ser fortalecidas en determinadas personas. Igual de importante fue esta sistematización para el desarrollo de las reuniones de supervisión que se llevaron a cabo con la directora de la práctica y la supervisora en la empresa. Y finalmente, esta sistematización condujo a la creación de este informe y el informe que se le entregó a la organización. Únicamente, se excluyeron los datos que podrían haber puesto en compromiso la confidencialidad de la práctica.

1.6.Supervisiones

Las reuniones para supervisión fueron esenciales durante la práctica. Al final de cada semana se coordinaba una sesión de supervisión de una hora con la Dra. Ana María Jurado, directora de este trabajo, y ella daba su opinión profesional acerca de lo que había sucedido en la sesión anterior. También, juntas hacíamos un planeamiento para la sesión siguiente y ella siempre recomendaba lecturas y artículos que ayudaron a tener una base teórica adecuada para el desarrollo de las sesiones.

Las sesiones con Ana María fueron más allá de simplemente comentar el taller y planear la siguiente sesión. Ella también supervisó según la sistematización de datos hecha para las sesiones individuales (de las cuales se hablará más adelante) y dio las técnicas necesarias para tratar individualmente a cada persona, así como también, brindó la información necesaria para esto. Estas supervisiones siguieron aún después de concluido el

taller para garantizar la una apropiada creación del informe final, análisis de datos estadísticos, devolución a la empresa, y soporte teórico.

Por otro lado, dentro de la organización, la Dra. Catalina Guerrero también estuvo encargada de supervisar el progreso del taller. Desde antes de iniciar la práctica se realizaron tres reuniones con la doctora para explicar el proyecto, conocer la empresa y sobretodo las necesidades relacionadas al manejo emocional presentes en las y los empleados. Después, a ella se le dieron informes acerca del progreso de las sesiones cada dos semanas, y también, fue ella quien se encargó de dar retroalimentación. Asimismo, las supervisiones con Catalina sirvieron para extender la información que se tenía acerca de varios empleados y para formar un conocimiento que no sólo incluyera la realidad de ellos sino que también la de la empresa. Estas reuniones con la doctora tenían una duración aproximada de 30 a 40 minutos.

Una vez terminado el taller, las reuniones con la Dra. Guerrero continuaron una vez cada 2 semanas durante media hora para la elaboración y entrega del informe a la empresa así como para la creación de una propuesta de intervención similar que la empresa solicitó debido a los buenos comentarios y reacciones de las y los participantes. Esta propuesta será mejor explicada más adelante.

2. Sesiones individuales

Como ya se comentó, durante todo el taller se realizaron sesiones individuales para 4 de las y los participantes. Cada una tuvo una duración de una hora con el objetivo de reforzar lo visto en personas que, por distintas razones, les fue más difícil aprender a dominar las técnicas enseñadas. Estas sesiones fueron importantes para atender situaciones que requerían de atención especial. Por lo tanto, en esta sección se expondrán los temas más importantes vistos en estas sesiones, así como las técnicas utilizadas, la cantidad de sesiones y las relaciones interdisciplinarias presentes que ayudaron a dar un mejor tratamiento.

2.1. Temas relevantes en las sesiones individuales

Conflictos familiares:

Uno de los temas más recurrentes dentro de las sesiones individuales fueron las relaciones familiares. De las y los empleados atendidos individualmente 3 de ellos estaban pasando por situaciones muy difíciles con su familia y, comprensiblemente, no quisieron comentarlas con el resto del grupo. Este tipo de conflictos generan estrés y emociones fuertes que no están relacionadas al contexto laboral y, por esta razón, al hablar en grupo muchos no quisieron tocar algunos temas más delicados y personales.

Para 3 de los participantes las relaciones familiares fueron el tema central del tratamiento individual. Entre las problemáticas tratadas se encuentran: relacionarse con un familiar con depresión, conflictos de comunicación con los padres, la necesidad de tener privacidad en el hogar, el manejo de la ira hacia los hijos, manejo de límites con los hijos, el cuidado de padres adultos mayores enfermos y el enfrentamiento de un divorcio.

El entrenamiento en habilidades sociales fue una técnica esencial que fue trabajada mediante psicoeducación y ensayos conductuales. Esta se utilizó como herramienta cuando las y los pacientes reportaban peleas con su familia o una mala comunicación. Por ejemplo, a una empleada se le ayudó a organizar una reunión con sus padres para explicarles lo que había estado sintiendo al ver que ellos no estaban respetando la autoridad de ella ante su hija cuando había tratado de ponerle límites. También, se le capacitó para comentarles acerca de su estado de salud, que había estado empeorando, y que para seguir adelante de la manera más saludable necesitaba la colaboración y apoyo de sus padres.

Otra técnica fue el control de emociones mediante reestructuración cognitiva que se utilizó para el manejo de la ira de una paciente ante los conflictos con sus hijos. También, fue de mucha ayuda al tratar a la paciente que estaba pasando por un divorcio ya que ella manejaba pensamientos y creencias que estaban dificultando su recuperación.

Por otro lado, se enseñó la importancia del autocuidado y se acompañó en la creación de un horario con tiempos de descanso y actividades recreativas para la paciente agotada por el cuidado de sus padres adultos mayores enfermos. A esta persona también se le enseñaron

técnicas de condicionamiento operante como la economía de fichas para lograr el cambio conductual de su hijo pequeño.

Autoestima:

Otro tema recurrente durante las sesiones individuales fue la autoestima. Varios pacientes reportaron tener pensamientos despreciativos acerca de sí mismos y aunque algunos fueron compartidos en las sesiones grupales otros fueron discutidos en privado. Los pensamientos encontrados estaban dirigidos a la apariencia física, la soltería, la capacidad intelectual, la soledad, el sentimiento de no ser valorado por los superiores y los pares, la idea de éxito en la vida y la idea de no ser capaz de enfrentar situaciones difíciles.

La técnica más utilizada para tratar estos temas fue la reestructuración cognitiva, en esta se realizaron muchos debates en donde se cuestionó la validez de las ideas de las y los participantes y se les dio a entender por qué esos pensamientos eran destructivos y poco funcionales.

Fueron 4 los pacientes que reportaron problemas de autoestima, a continuación se dará un ejemplo. Un paciente de otra nacionalidad que había tenido que mudarse a Costa Rica para la empresa estaba cuestionando mucho su capacidad intelectual y de hacer bien su trabajo. A este se le pidió que recordara por qué había llegado al puesto en donde estaba ahora (un puesto internacional en una banda alta) y se le preguntó si consideraba que las razones por las que estaba dudando de su capacidad estaban más bien relacionadas al hecho de que él se encontraba en un país nuevo en donde se trabaja de una manera distinta que él aún no lograba manejar.

Con este mismo empleado se trabajó la activación conductual (Barraca, 2016) ya que una de sus preocupaciones era que en este país ya no tenía amigos, eso le hacía pensar que ningún tico quería su amistad y por eso casi no salía de su casa cuando no estaba trabajando. A partir de esto, se le dejó como tarea visitar un grupo de personas de su mismo país que se reúnen cada fin de semana y que encontramos en Facebook.

Problemas laborales:

Durante las sesiones individuales surgieron varios temas relacionados a problemas laborales. De las y los participantes que llevaron este tipo de intervención 2 de ellos

necesitaron ayuda extra para enfrentar conflictos con sus jefes y para manejar de mejor forma sus roles en la empresa.

Un ejemplo de lo anterior fue el caso de una participante que reportaba sentirse muy estresada en su vida laboral debido a la gran cantidad de trabajo que tenía. Ella ocupaba un puesto internacional con muchas responsabilidades y con pocas personas ayudándole. Unos meses antes del taller se dio cuenta que este rol era demasiado para ella y decidió pedir que la cambiaran de puesto. Sin embargo, la empresa necesitó que ella volviera a su puesto original ya que sólo ella conocía cómo hacer bien ese trabajo. Ella aceptó volver pero ahora, además de que sigue sintiendo que el trabajo es demasiado para ella, piensa que los que están en su equipo la ven como alguien que los abandonó y que están esperando que se equivoque. Asimismo, ella sentía que su imagen estaba por el piso y que sus esfuerzos no son recompensados.

Con esta persona se trabajó la comunicación asertiva ya que los problemas y discusiones con su jefe y empleados eran muy recurrentes. También, se trabajó la reestructuración cognitiva ya que ella tenía pensamientos como: “mi imagen como profesional está por el piso”. Y no estaba considerando lo importante que era para la compañía ya que era la única que sabía cómo realizar su rol en la empresa adecuadamente. Igualmente, se habló acerca de lo necesario que era realizar un cambio en cuanto a su carga de trabajo, se plantearon algunas sugerencias como pedirle a RRHH que inicie un proceso de reclutamiento para encontrar a alguien que le ayude o que ella misma entrene a alguien de la empresa para que sea su ayudante.

Igual de importante, fue hacerle entender lo necesario que era tomar el control de esta situación que le estaba generando tanto malestar. Ella reportó llorar todos los días, no querer levantarse de su cama y dormir demasiado. De hecho, la doctora de la empresa le diagnosticó depresión.

Trastornos mentales:

Entre las y los consultantes atendidos 3 de ellos reportaron padecer de depresión y uno de Trastorno Afectivo Bipolar. Los pacientes que dijeron tener depresión no tenían un concepto claro de la enfermedad y los 3 estaban ingiriendo medicación. Y el individuo con

TAB sí tenía muy claro de qué se trataba su trastorno, había leído mucho al respecto, tomaba medicación e iba a citas regulares al hospital.

Como se sabe, el propósito de este trabajo nunca fue realizar un psicodiagnóstico y fue por esta razón que no se investigó más a fondo si estos 3 pacientes tenían o no depresión. Lo que se trabajó con cada uno fue básicamente el reforzamiento de la Reestructuración Cognitiva, solución de conflictos y habilidades sociales. También, se les explicó mejor lo que es la depresión y se habló con la doctora para que ella explicara desde un punto médico el uso adecuado de la medicación que ellos estaban tomando, sobretodo en el caso de una participante que a veces tomaba más medicación que la recomendada por quien se la recetó.

En cuanto a la persona con TAB se trabajó en disminuir los estresores que podían desencadenar una crisis (Aksoy & Kelleci, 2016). Estos se encontraban más que todo en las relaciones con su familia y en problemas económicos. También se le explicó mediante una línea de tiempo de sus pasadas crisis cómo el estrés y el mal manejo emocional pueden ser vistos como los disparadores de los grandes desequilibrios emocionales a los que la lleva su enfermedad.

Con esta empleada fue necesario trabajar en el reforzamiento de sus hábitos saludables como el dormir una cantidad de horas adecuadas, comer balanceado, mantenerse activa y evitar ingerir alcohol. Al mismo tiempo, se le recomendó visitar a su psiquiatra para que le ajustara la medicación ya que al inicio de la práctica la directora Ana Jurado y yo coincidimos en que según su conducta y reportes hablados estaba en peligro de descontrolarse con otra crisis.

2.2.Cantidad de sesiones

Primero, es importante decir que las sesiones individuales también fueron realizadas con personas que se retiraron del taller. Por ejemplo, un participante (participante 9, ver Tabla 2) estaba interesado en saber si tenía un Trastorno Obsesivo Compulsivo. Pero cuando entendió bien lo que era este tipo de patología y que él no parecía tenerla consideró innecesario volver al taller. Además, estas sesiones no deben confundirse con las sesiones de reposición ya que en estas se trataron asuntos individuales de cada participante mientras que las de reposición se trataron de los temas vistos en los talleres.

En total se realizaron 16 sesiones individuales, algunos pacientes recibieron más sesiones que otros mientras que 2 participantes no recibieron ninguna sesión individual (ver Tabla 2). En cuanto al espacio para estas sesiones, el departamento de salud ocupacional habilitó un cuarto que estaba disponible en cualquier momento para ser utilizado y por lo tanto fue mucho más fácil coordinar con las y los pacientes para la realización de dichas sesiones.

Participante	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#9 (este participante se fue del taller a las 5 semanas)
Cantidad de sesiones individuales	5	5	1	0	0	3	2

Tabla 2.

3. Resultados individuales

En la sesión 12 de adherencia al tratamiento y prevención de recaídas se obtuvieron los reportes de las y los participantes acerca de cómo iniciaron el taller, qué cambió en sus vidas gracias a la ayuda recibida, qué pueden cambiar todavía y cómo pueden llegar a esos cambios. Sin embargo, sólo 3 personas asistieron a esta última sesión cuya modalidad fue individual. Por lo tanto, en este apartado se presentarán los reportes obtenidos de esos 3 participantes y se mostrarán los resultados de las pruebas psicométricas antes y después del tratamiento para cada participante.

Paciente 1.

Esta paciente comentó que inició el programa encontrándose muy deprimida por su divorcio. Esto le generó muchos pensamientos negativos e irracionales que estaban contribuyendo a aumentar su tristeza y estrés. Comenta que durante el día dedicaba mucho tiempo a fantasías en donde su situación mejoraba y afirma que estaba en una etapa de negación. Se sentía enojada con la justicia divina, sentía autocompasión, impaciencia y afirmó que al sentir todo esto quería morir. Entre las conductas que esta situación le generó la paciente reportó tener “ataques de pánico” diarios, lloraba todos los días, se arañaba los brazos, no salía, tenía mucha envidia de los demás y no sabía qué consejos seguir y cuáles no. También, tenía muchas discusiones con su jefa quien parecía tener un estilo de comunicación agresivo. Mientras que ella se mostraba pasiva, intimidada y, según lo describe ella, débil.

Después de completar el taller dice haber cambiado varias conductas, entre ellas que tiene menos ataques de pánico, ha salido dos veces con amigos, se logra frenar cuando empieza a tener pensamientos autocompasivos, creó planes para mejorar los problemas económicos que le dejó su divorcio y ahora se da más crédito por todo lo que ha enfrentado y logrado sin su exesposo. Además, ha dejado de arañarse, aprendió a reconocer y frenar cadenas de pensamientos negativos, piensa más positivo de sí misma y ha logrado descatastrofizar ciertos pensamientos como que la despidan, así como ha mejorado la comunicación con su jefa. Afirma haber adoptado mejores hábitos como hacer ejercicio poco a poco, enfrentarse asertivamente a otras personas como sus jefes y respirar debidamente en situaciones de tristeza y estrés.

También, considera que necesita mejorar su autoestima, perdonar, dejar de tener autocompasión y dejar de envidiar a los demás. Al igual, debe trabajar en no adelantarse a los hechos, preocuparse por lo que ella puede cambiar y seguir practicando la detección de ciertos pensamientos automáticos para debatirlos.

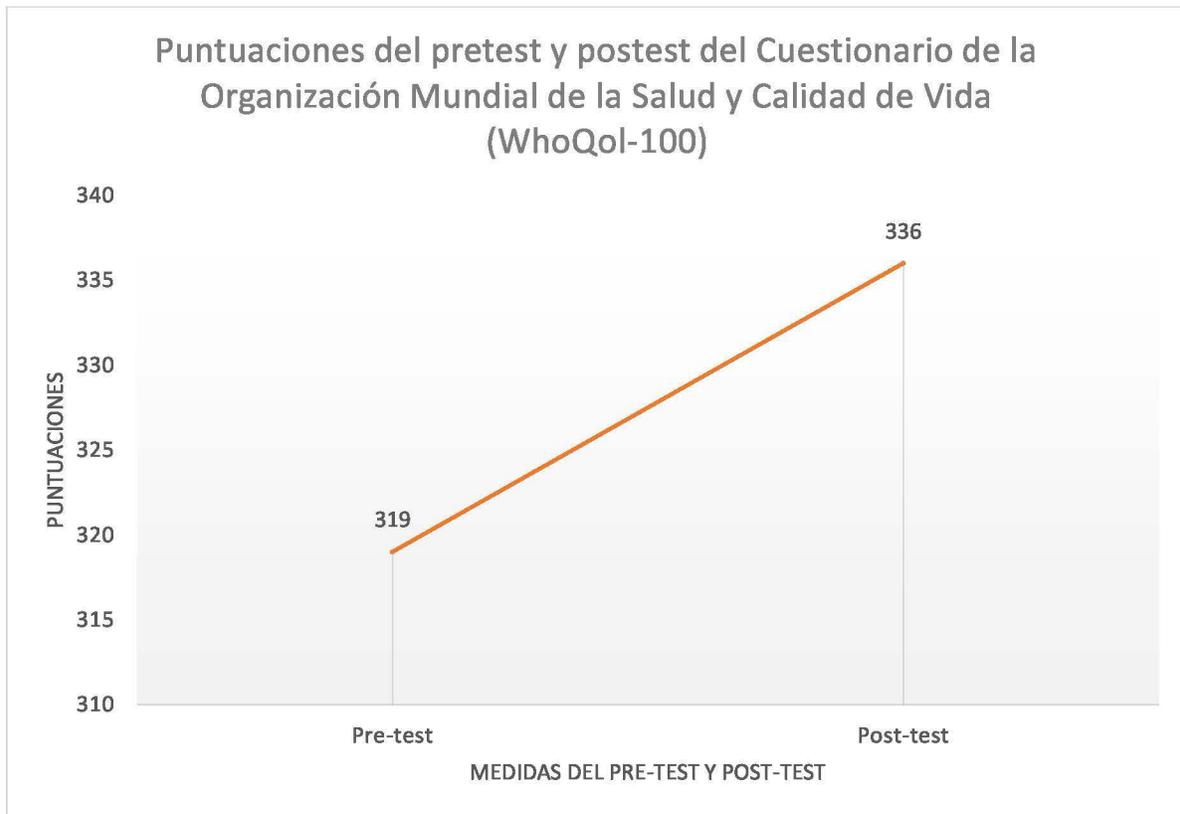


Figura 1

Como se puede ver en la Figura 1 este participante tuvo una mejora de 17 puntos en el cuestionario de la Organización Mundial de la Salud que mide calidad de vida. Al puntuar más alto en el post-test (336) en comparación con el pre-test (319) se puede observar de una manera cuantitativa una mejora en la calidad de vida para esta persona.

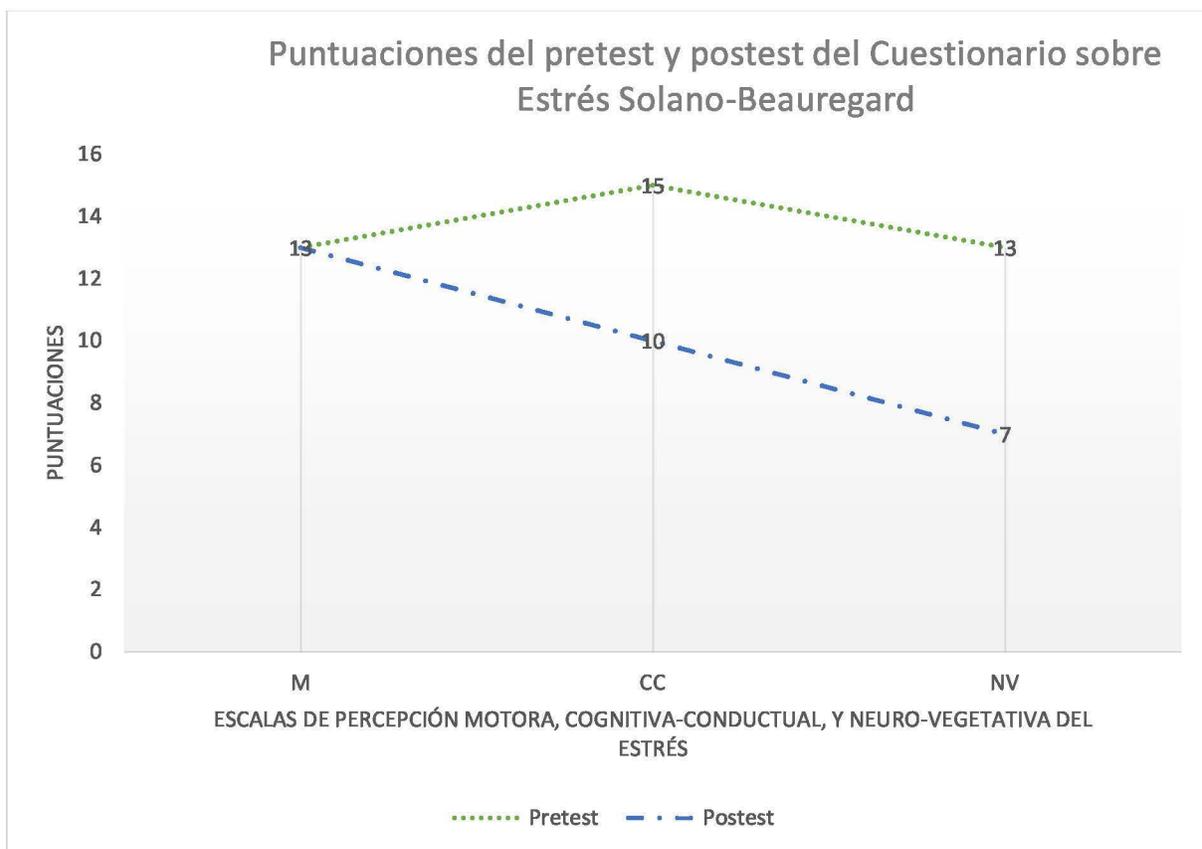


Figura 2

Por otro lado, del Cuestionario sobre Estrés Solano Beauregard se puede ver que no hubo ningún cambio en las medidas del pre-test (13) al post-test (13) en la puntuación de la escala de Percepción Motora del estrés. Sin embargo, para la escala de Percepción Cognitiva-Conductual sí hubo un cambio en donde el nivel de estrés disminuyó 5 puntos del pre-test (15) al post-test (10). Y para la escala de Percepción Neuro-Vegetativa del estrés también hubo una disminución de 6 puntos entre el pre-test (13) y el post-test (7).

Paciente 2.

En la sesión de cierre la paciente recuerda que antes del taller tenía una muy mala relación con sus papás y problemas con su hija debido a su conducta y rendimiento escolar. Al igual, su vida laboral estaba viéndose afectada por un cambio en su medicación para el Trastorno Afectivo Bipolar. Esto le causó una gran falta de concentración y una sensación de mediocridad. Durante este tiempo la paciente reporta no importarle nada, sentirse sola y querer morir.

Entre los cambios realizados, comenta haber mejorado la comunicación con sus padres y haber llegado a ciertos acuerdos al realizar una reunión familiar producto de lo aprendido en el taller sobre comunicación asertiva. También, pelea menos con su hija y ha aplicado ciertos conocimientos aprendidos del taller en ella como el debate de pensamientos automáticos relacionados con la mala autoestima de la niña. Al igual, habló con un psiquiatra para controlar su medicación y mejorar los efectos secundarios, ahora se organiza mejor para tomar las pastillas y reporta ingerir menos alcohol.

Por último, admite tener que trabajar más en su asertividad y buscar soluciones a ciertas situaciones de su vida. Además, considera que es necesario que la cambien de puesto en la empresa.

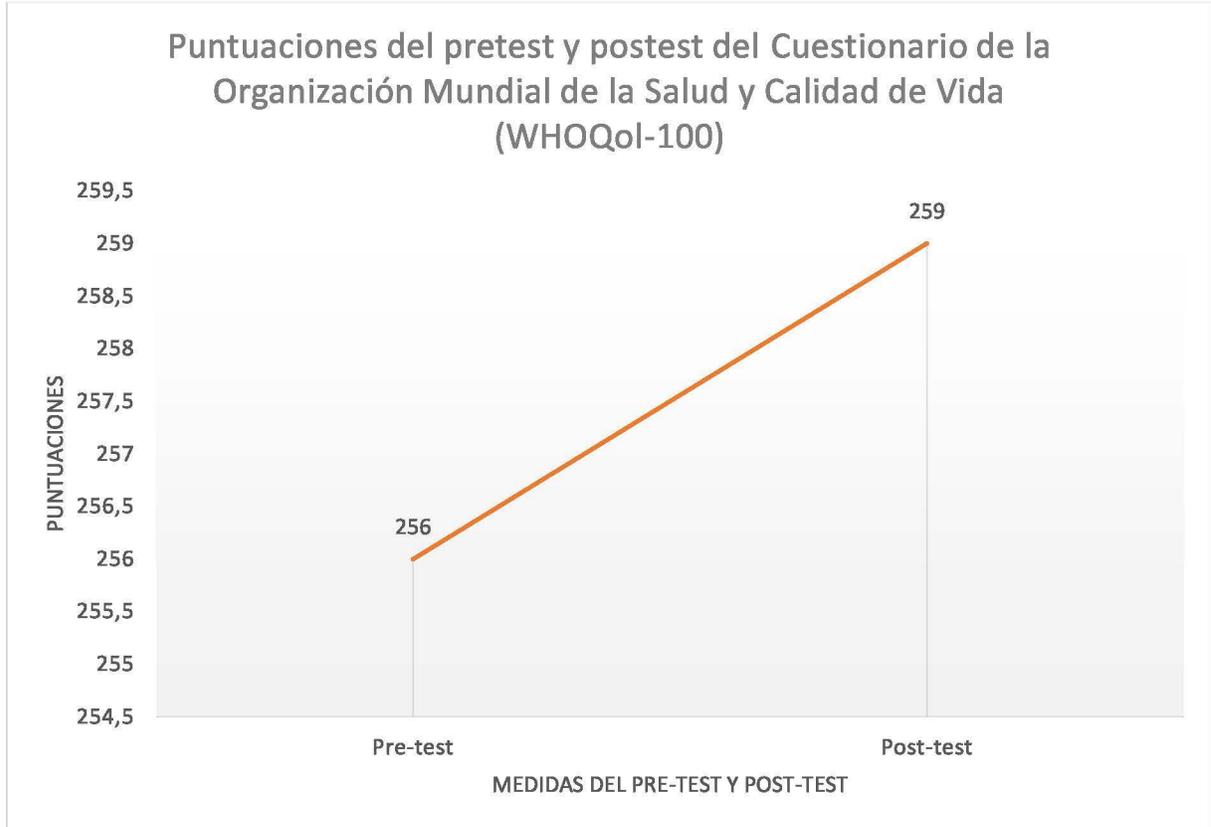


Figura 3

Como se puede ver en la figura 3, este participante obtuvo un aumento de 3 puntos en el Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida (WHOQoL-100). Esto a partir de la comparación entre el pre-test (256) y el post-test (259). Este resultado implica un pequeño aumento en su puntuación de calidad de vida.

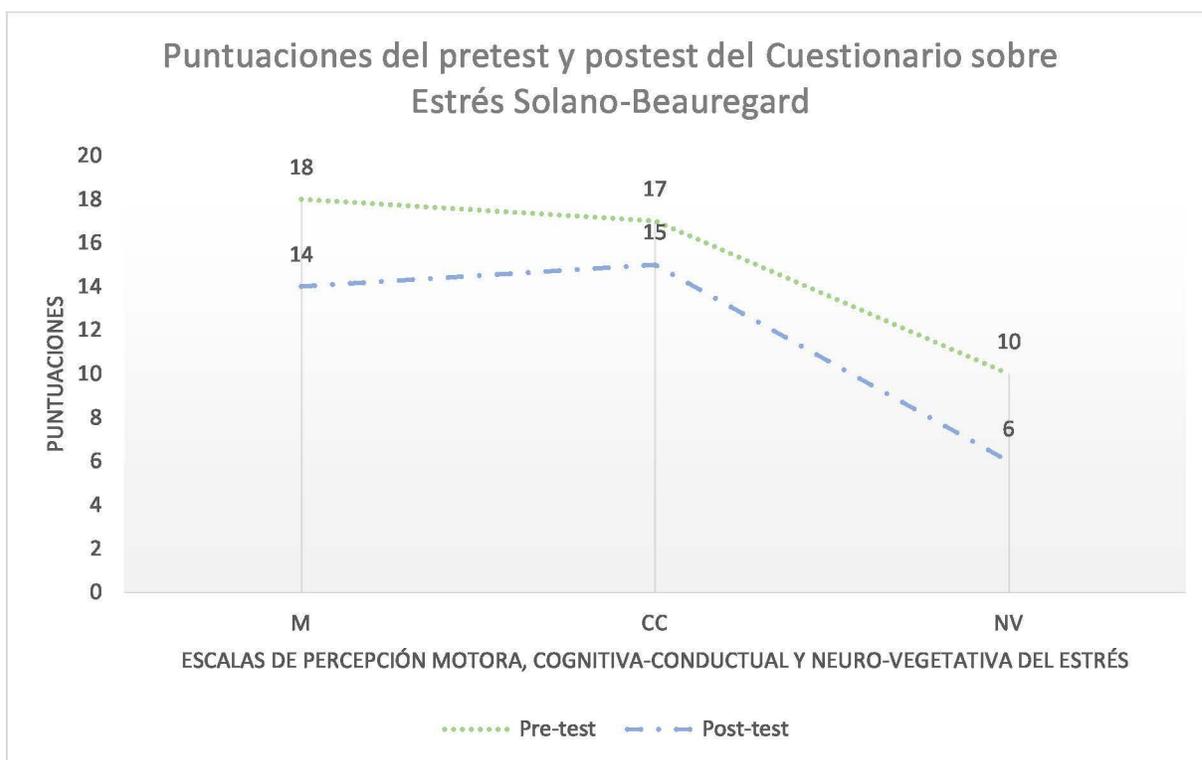


Figura 4

Acerca de las puntuaciones obtenidas a partir del Cuestionario sobre Estrés Solano Beauregard (figura 4), se encontró una disminución en las tres escalas de percepción del estrés. Para la escala Motora hubo una diferencia de 4 puntos entre la medición aplicada al inicio del taller (18) y la que se administró al final (14). También, se puede ver una disminución de 2 puntos en la escala Cognitiva-Conductual entre el pre-test (17) y el post-test (15). Por último, hubo una diferencia de 4 puntos en la escala de percepción Neuro-Vegetativa del estrés entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test (10) y el post-test (6). Esto indica una disminución del estrés del participante después de la administración del programa desarrollado.

Paciente 3.

Los siguientes son los resultados de las pruebas psicométricas del participante 4. Se debe aclarar que esta persona no se presentó a la sesión 12 del taller. Esta fue individual y tuvo como objetivo registrar los reportes subjetivos de las y los participantes acerca de los cambios obtenidos al inicio y final del taller.

Además, este participante en particular asistió únicamente a las siguientes sesiones del taller: 1, 6, 9, 10 y 11. Tampoco se presentó a sesiones de reposición y recibió sólo una sesión individual. Sin embargo, esta persona siempre estuvo interesada en seguir con el taller.

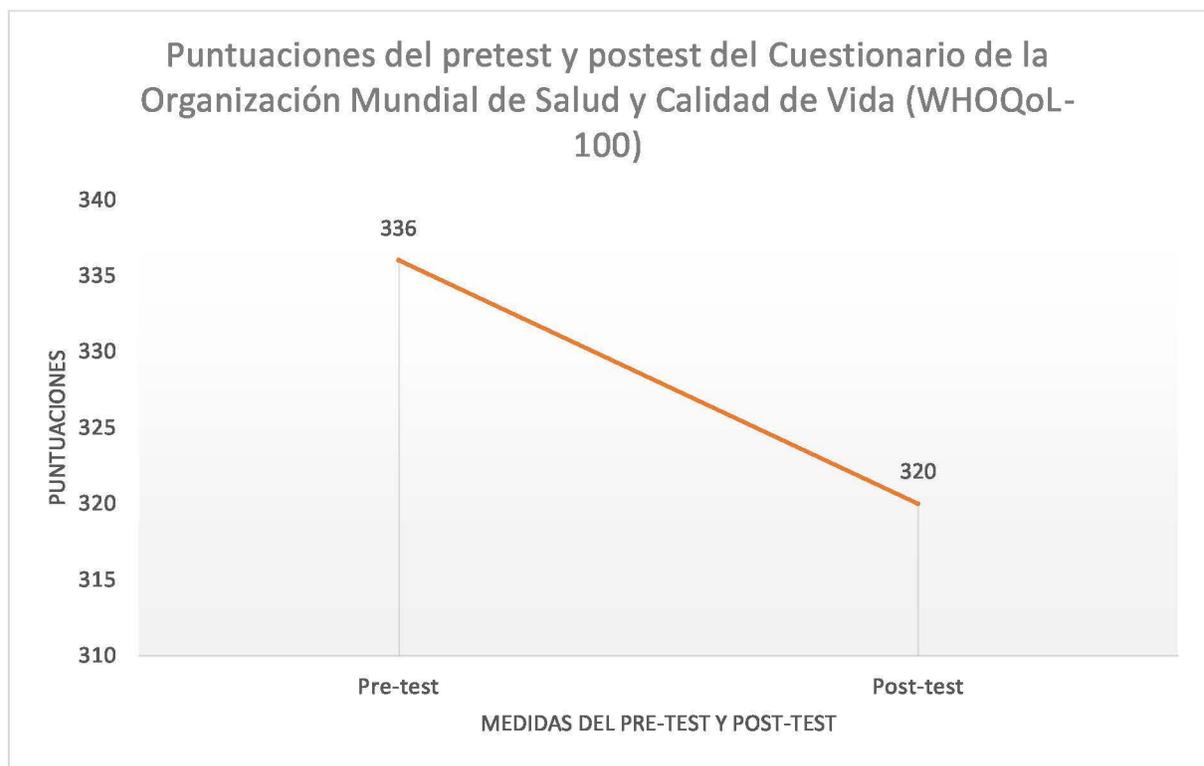


Figura 5

Como se puede ver en la figura 5, la puntuación en calidad de vida disminuyó por 16 puntos en este participante, esto significa un empeoramiento en la calidad de vida entre el pre-test (336) y el post-test (320).

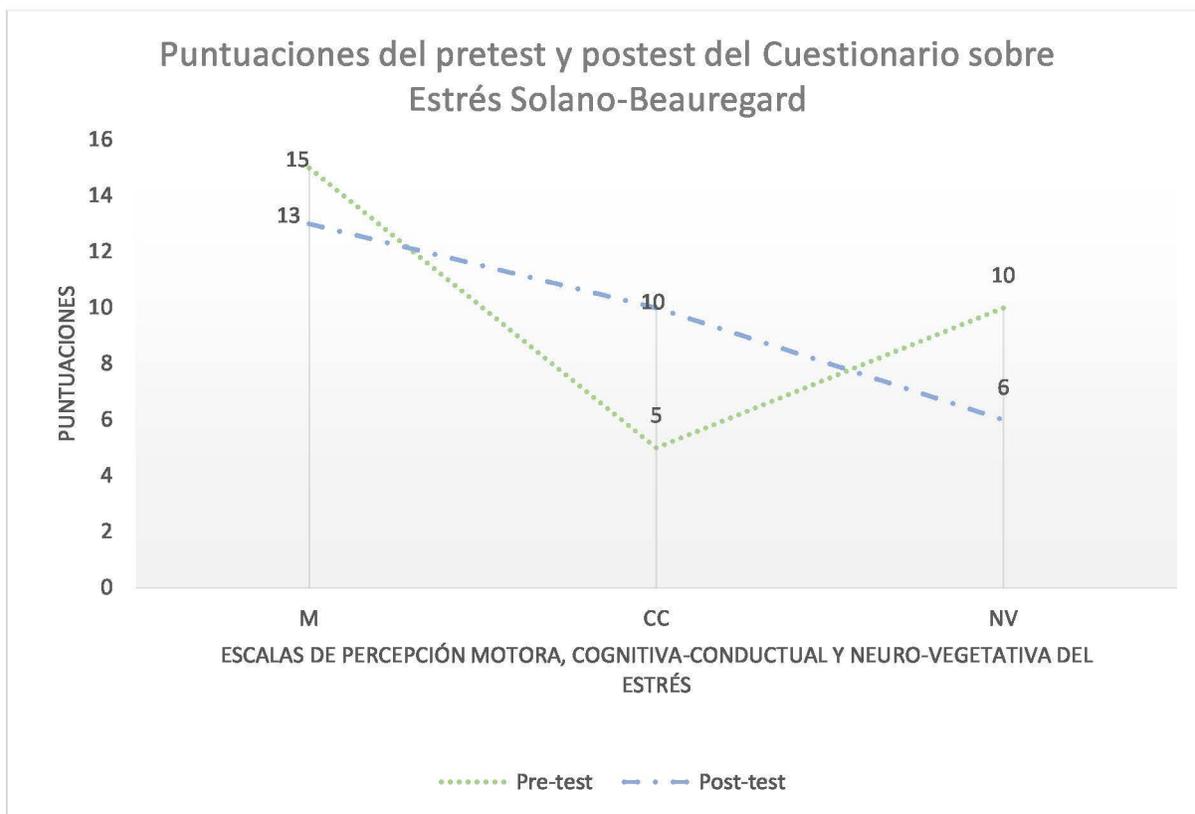


Figura 6

La figura 6 representa las puntuaciones de las tres escalas del Cuestionario Solano Beauregard obtenidas al inicio del taller y al final del taller. Se puede observar una disminución de 2 puntos entre la medición inicial (15) y final (13) de la escala Motora; así como también, un descenso de 4 puntos en la escala Neuro-Vegetativa entre el pre-test (10) y el post-test (6). Esto significa una disminución de la percepción del estrés en estas dos escalas. Por otro lado, este gráfico muestra un aumento de 5 puntos en la percepción Cognitiva-Conductual del estrés entre el pre-test (5) y el post-test (10). Esto indica un empeoramiento a nivel cognitivo del estrés para este paciente.

Paciente 4.

Antes de empezar el taller comenta que cualquier cosa le preocupaba, se le subía mucho la presión, estaba un poco triste, tenía miedo e incertidumbre en su trabajo y pensaba que estaba enfermo o a punto de enfermarse. También tenía problemas de comunicación con su jefe y estaba cansado de su puesto.

Al preguntarle qué es lo que ha cambiado después de la intervención este contesta: “He aprendido a comer”, ahora hace su propio té y salsa. Además, sale a caminar y a nadar semanalmente y se está poniendo metas para progresivamente mejorar su dieta y actividad física con el objetivo de combatir su sobrepeso.

Por otro lado, logró disminuir su estrés viendo su trabajo de una forma más realista en la cual sabe que no va a solucionar nada estresándose y prefiere pensar que trabajar es una inversión para su futuro. La comunicación con otros también ha mejorado ya que dice llevarse mejor con su jefe y se comunica asertivamente con sus compañeros de trabajo y familia. Dice que aprendió a pensar las cosas que le pasaban de una mejor manera sin catastrofizar mediante el reconocimiento de sus pensamientos automáticos. Además, reflexiona que lo que más le sirvió del taller fue el aprender a respirar bien en momentos de estrés.

Considera que necesita mejorar sus relaciones sociales ya que se lleva bien con sus compañeros y familia pero le cuesta relacionarse con otros fuera de esas áreas de su vida. El paciente sabe que esto se da por una falta de confianza en sí mismo y cree que puede seguir trabajando en sus pensamientos automáticos y habilidades sociales.

Por último, es importante mencionar que este paciente estaba haciendo planes para hacerse una cirugía con el fin de controlar su obesidad. Pero cuando su doctor vio el progreso que este hizo y la pérdida de peso que tuvo durante el último mes del taller (5 kilos) le aconsejó que no se realizara la cirugía e intentara seguir con sus nuevos hábitos saludables. Este paciente fue quien tuvo los mejores resultados y faltó solo a una sesión de todo el taller.

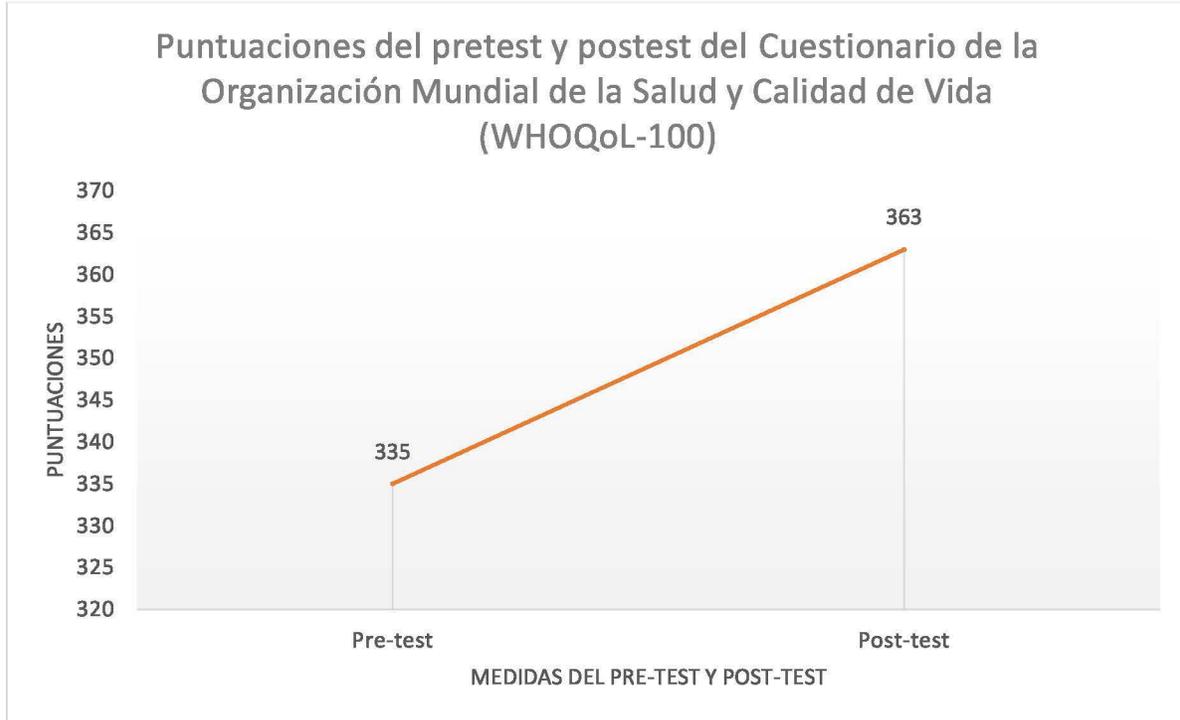


Figura 7

El gráfico representado en la Figura 7 muestra un crecimiento en las puntuaciones de calidad de vida de 28 puntos entre el pre-test (335) y post-test (363) de este participante. Este resultado indica una mejora en la calidad de vida de esta persona.

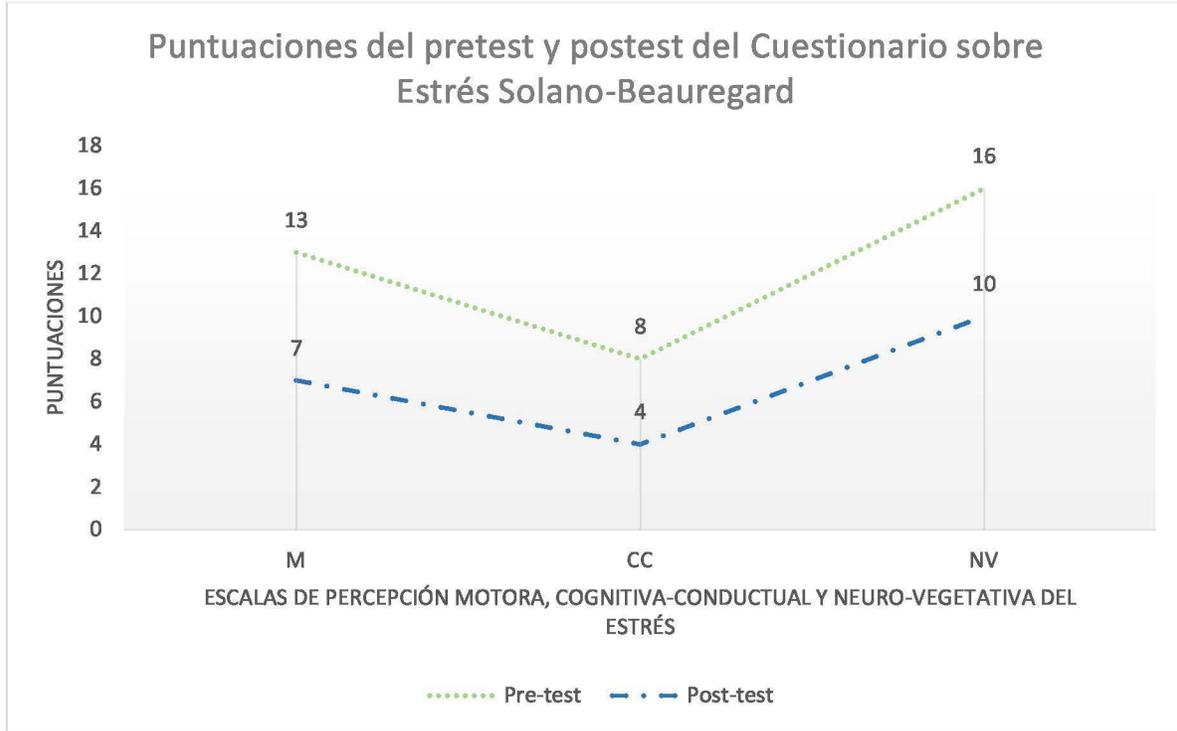


Figura 8

La figura 8 muestra una disminución en las puntuaciones del post-test en comparación con el pre-test en las mediciones de estrés obtenidas del Cuestionario sobre Estrés Solano Beauregard. Como se puede ver, hubo una disminución de 6 puntos entre el pre-test (13) y el post-test (7) de la escala Motora. También, una disminución de 4 puntos entre el pre-test (8) y el post-test (4) de la escala de la escala Cognitiva-Conductual y otra disminución de 6 puntos entre el pre-test (16) y el post-test (10) de la escala de la escala Neuro-Vegetativa.

Paciente 5.

Esta paciente tampoco asistió a la sesión 12 y por lo tanto únicamente se mostrarán los resultados obtenidos de las mediciones psicométricas.

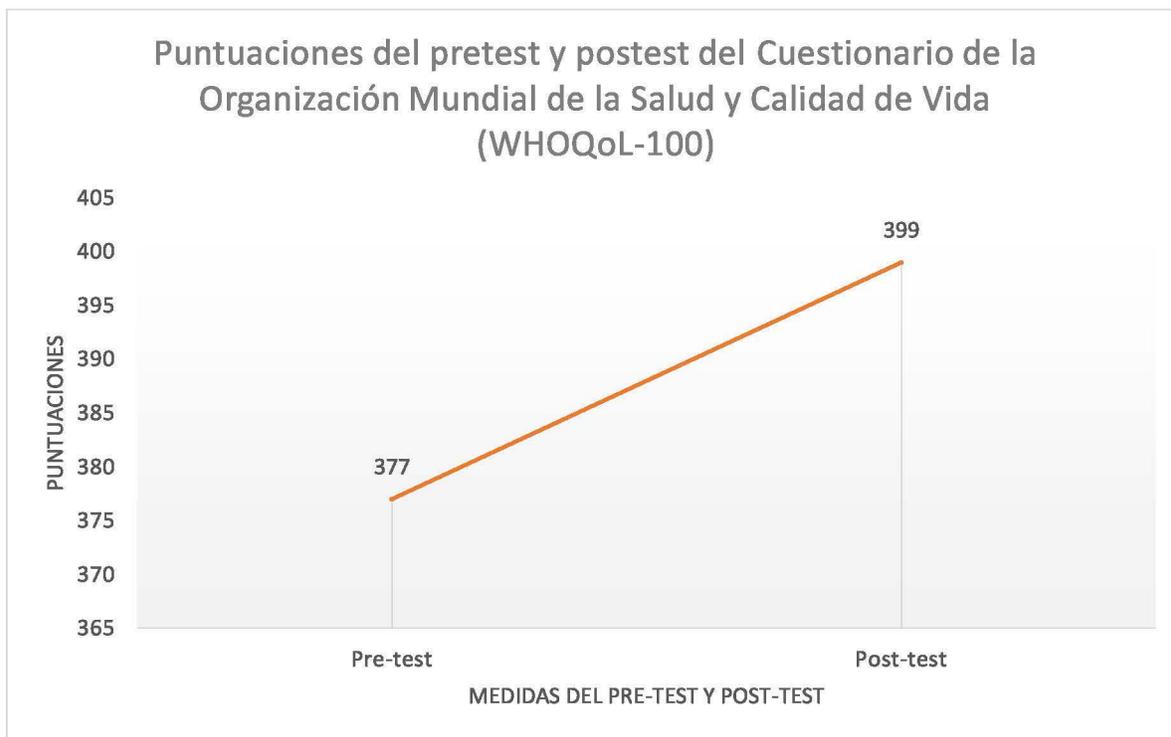


Figura 9

El gráfico de la Figura 9 muestra un aumento de 22 puntos entre las puntuaciones obtenidas de la aplicación inicial del test (377) y la aplicación al final del taller (399). Esto implica una mejora en la calidad de vida medida por el WHOQoL-100.

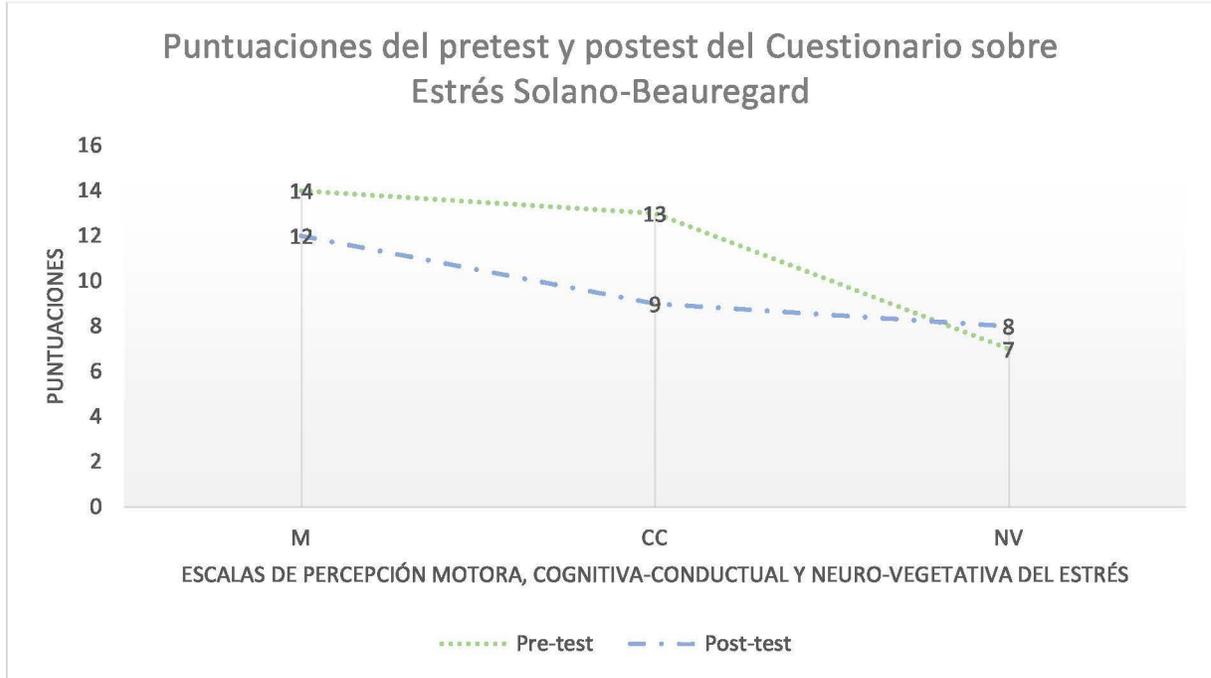


Figura 10

La figura 10 representa la comparación entre las puntuaciones del pre-test y el post-test del instrumento utilizado para medir niveles de estrés. En esta se puede ver una disminución de 2 puntos en la escala Motora entre el pre-test (14) y post-test (12); así como también, una disminución de 4 puntos entre el pre-test (13) y post-test (9) de la escala Cognitiva-Conductual. Y por último, un aumento de un punto en la escala Neuro-Vegetativa entre el pre-test (7) y el post-test (8).

Paciente 6.

Este participante no entregó los cuestionarios WHOQoL-100 y Solano-Beauregard al principio del taller. A pesar de que se le dieron varias oportunidades para que los entregara el taller ya había avanzado mucho como para obtener una medida objetiva de sus puntuaciones iniciales.

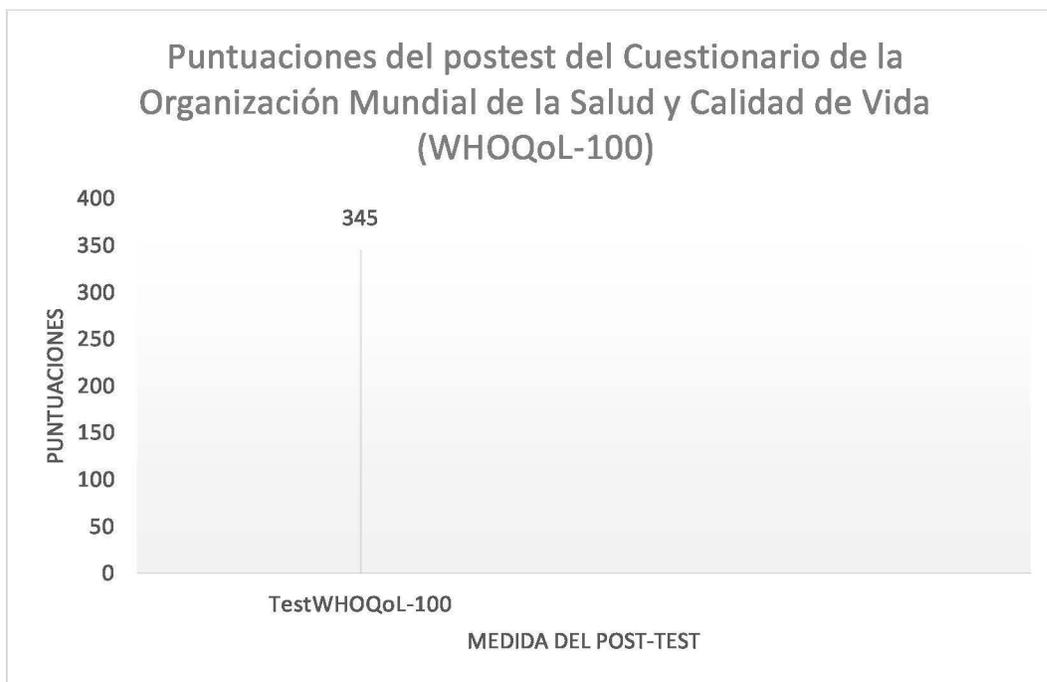


Figura 11

Como lo muestra la Figura 11 esta participante puntuó con 345 en calidad de vida.

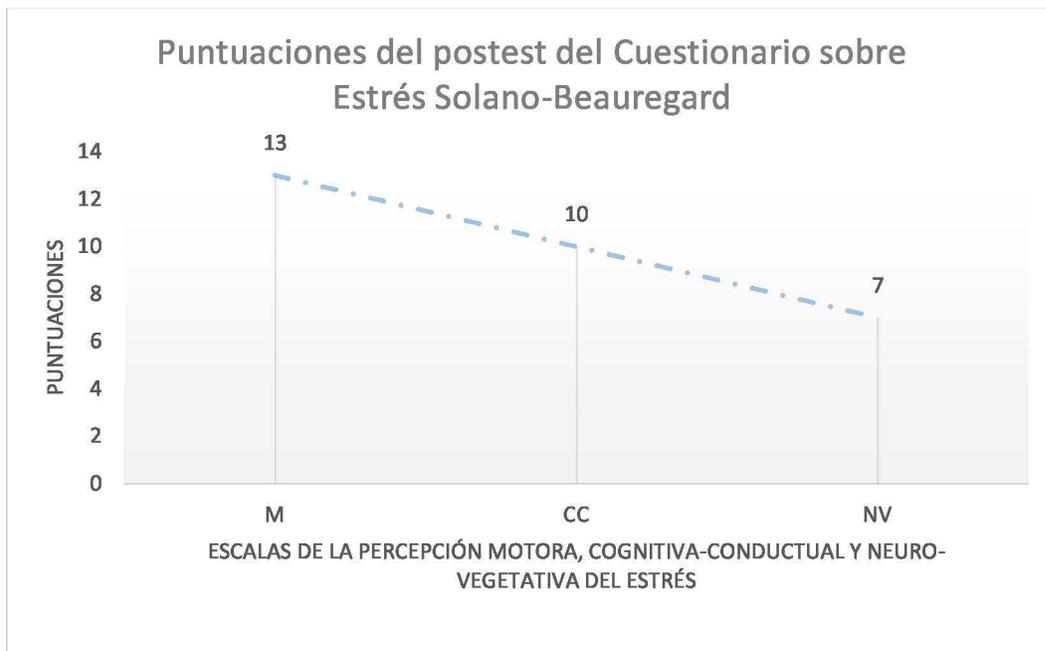


Figura 12

También, los resultados muestran una puntuación de 13 en la escala Motora, 10 en la Cognitivo-Conductual y 7 en la escala Neuro-Vegetativa del estrés.

4. Gráficos comparativos:

A continuación, se presentará una comparación gráfica de los resultados de las y los participantes en ambas pruebas.

Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida (WHOQoL-100):

Para este cuestionario se debe recordar que entre mayor sea la puntuación mayor es la calidad de vida. Por esta razón, el aumento en las puntuaciones del post-tratamiento fueron deseables.

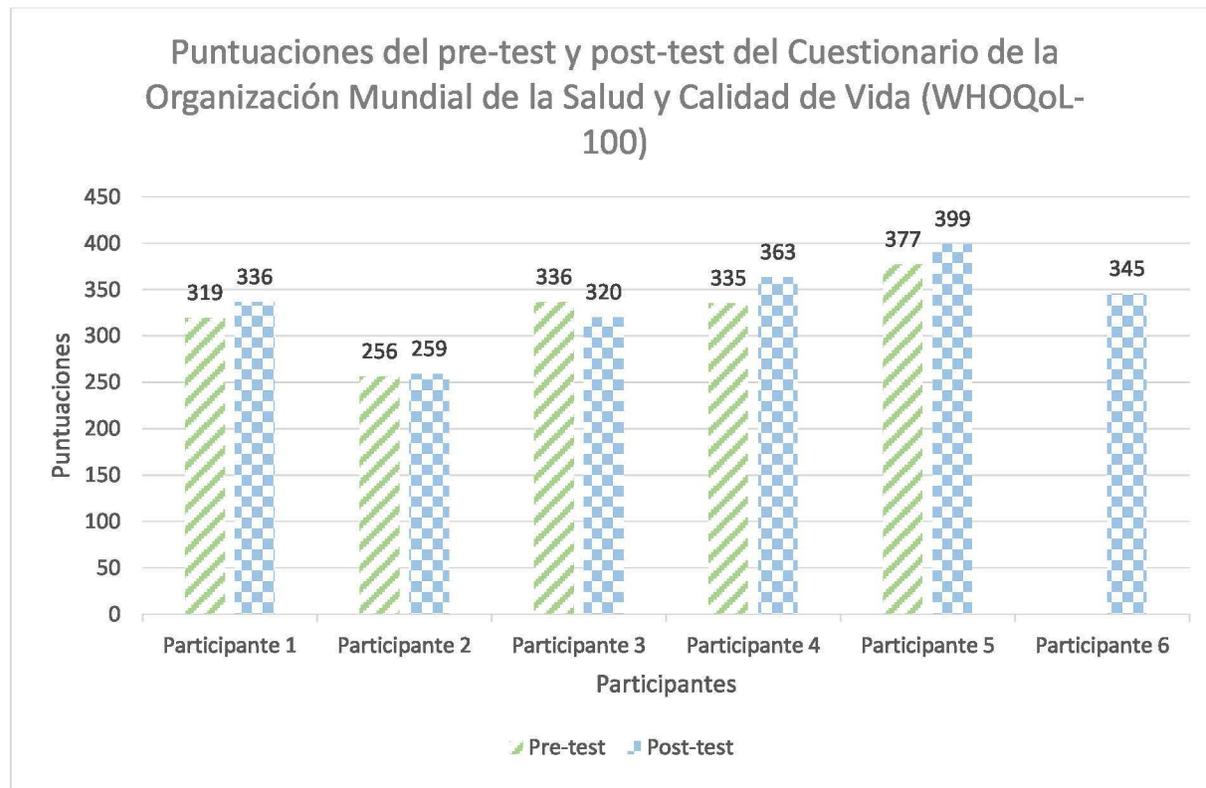


Figura 13

La Figura 13 muestra un aumento en las puntuaciones del post-test para cuatro de las y los participantes (participantes 1, 2, 4 y 5). Mientras que la puntuación del participante 3 disminuyó en la medición post-tratamiento. Se debe recordar que este participante faltó a 7 sesiones del taller; y que del participante 6 sólo se obtuvieron las medidas del post-test.

Cuestionario sobre Estrés Solano-Beauregard:

Estas gráficas estarán divididas en las tres escalas que componen este cuestionario: 1. Motora. 2. Cognitiva-Conductual. 3. Neuro-Vegetativa. Es importante recordar que en este cuestionario entre menor sea la puntuación en una escala menor es el nivel de estrés percibido. Por lo tanto, en el post-test se buscó disminuir estas puntuaciones.

1. Escala Motora:

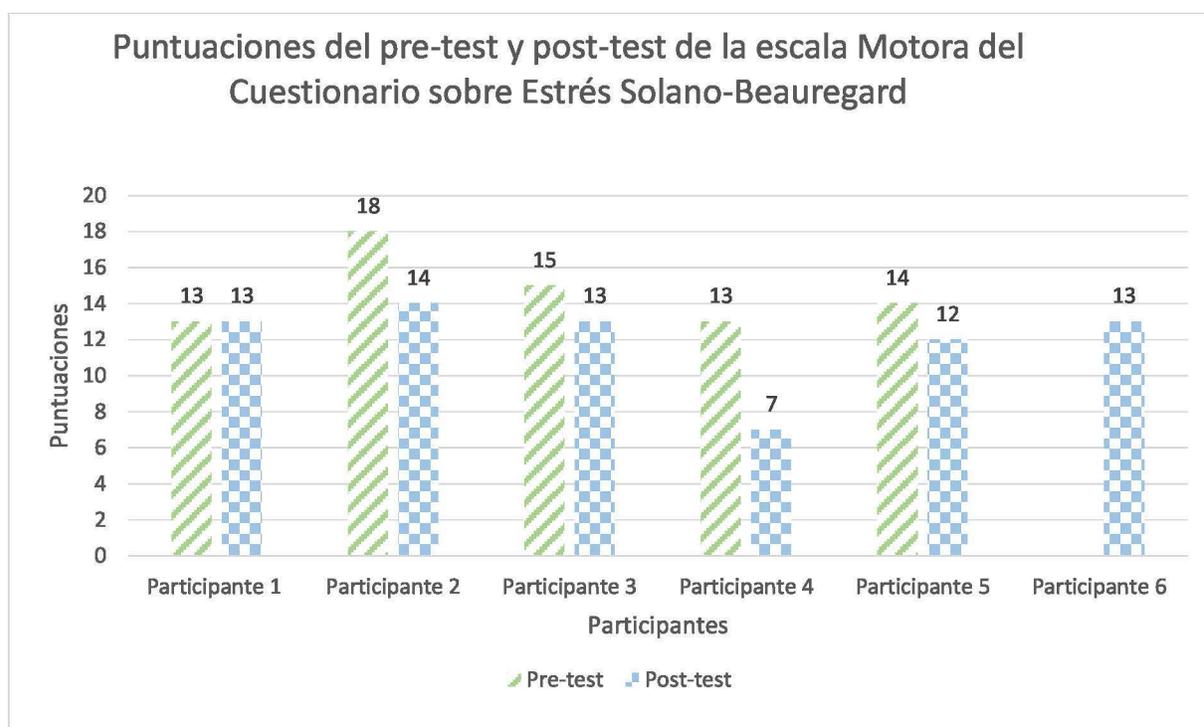


Figura 14

En la Figura 14 se puede ver como 4 de las y los participantes (participantes 2, 3, 4 y 5) bajaron sus niveles de estrés percibido en el área motora mientras que uno de ellos lo mantuvo (participante 1). También, se debe recordar que del participante 6 sólo se obtuvieron las medidas post-tratamiento.

2. Escala Cognitiva-Conductual:

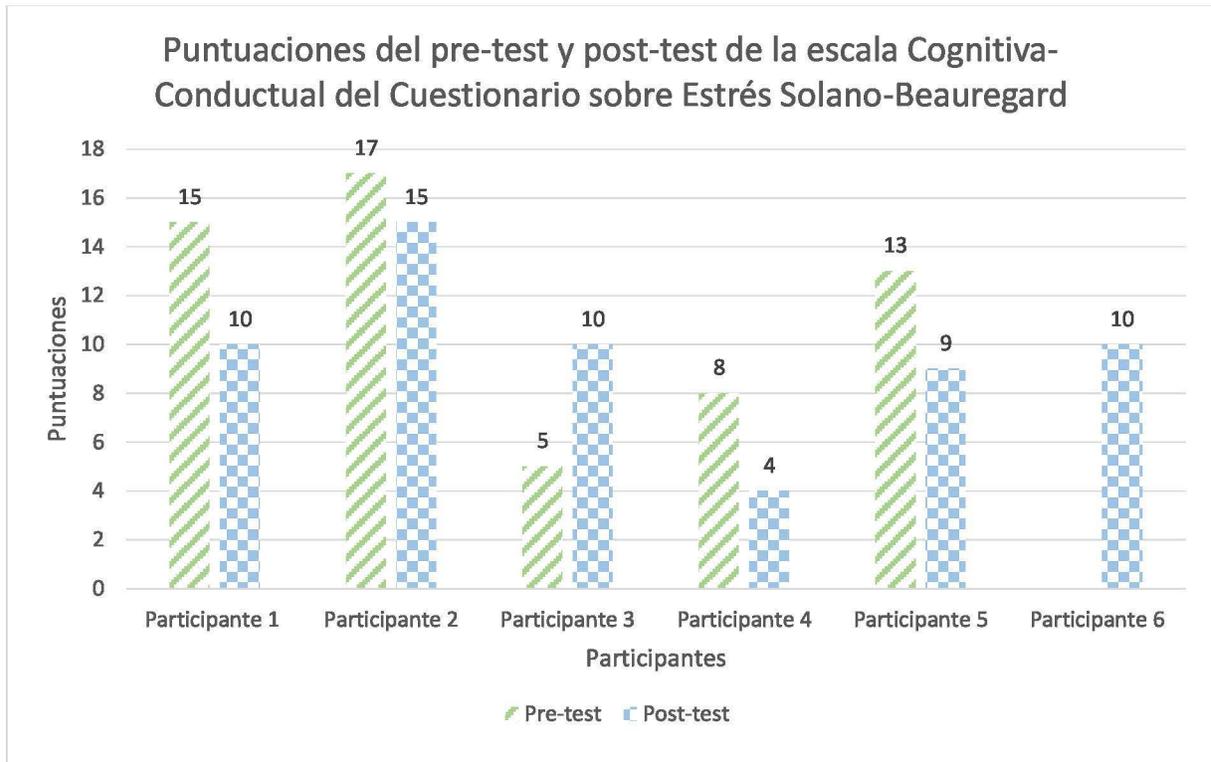


Figura 15

La Figura 15 demuestra como 4 de las y los participantes (participantes 1, 2, 4 y 5) disminuyeron sus puntuaciones en los niveles de estrés percibidos de la escala cognitiva-conductual. Mientras que uno de ellos empeoró (participante 3), sin embargo, es importante recordar que el participante que aumentó su puntuación en el post-test tuvo 7 ausencias en el taller.

3. Escala Neuro-Vegetativa:

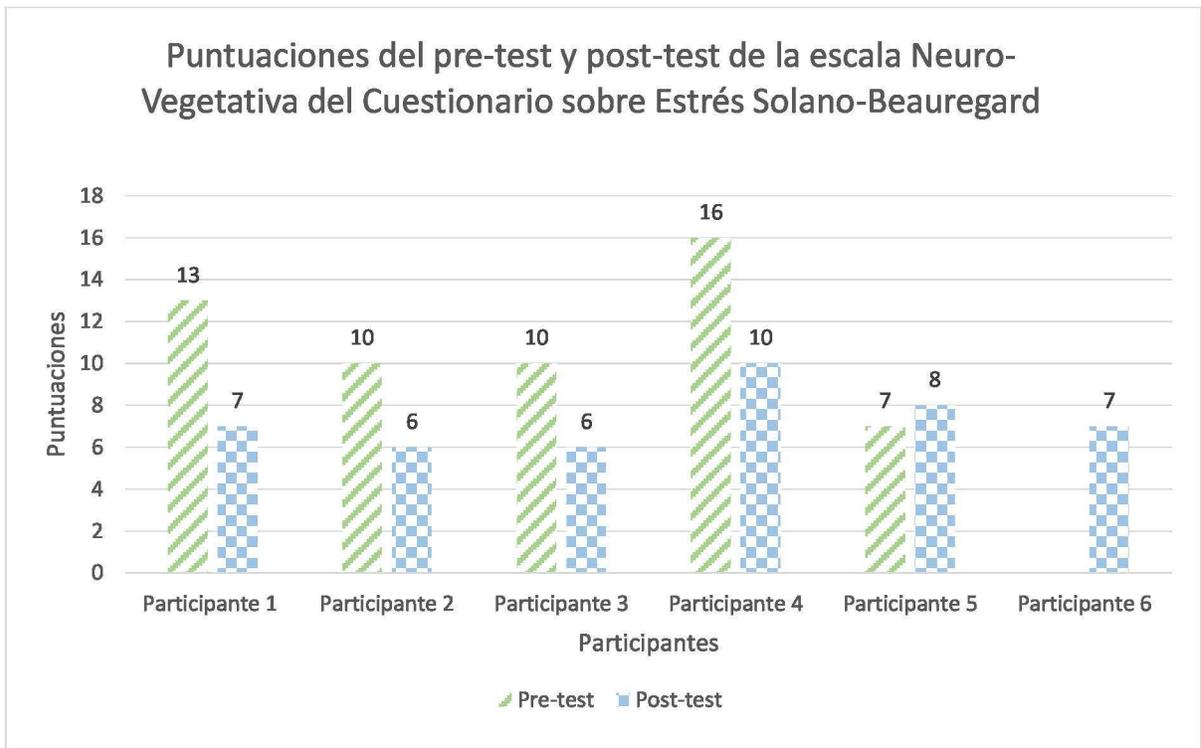


Figura 16

La Figura 16 muestra que 4 de las y los participantes (participantes 1, 2, 3 y 4) disminuyeron sus puntuaciones en el nivel de estrés neuro-vegetativo percibido. Sin embargo, uno de los participantes (participante 5) aumentó su puntuación.

5. Propuesta para la aplicación a mayor escala de varias intervenciones para la mejora en la calidad de vida de las y los empleados.

Al concluir la práctica, a petición de la empresa, se elaboró una propuesta de intervención con distintos talleres similares al realizado y enfocados a seguir mejorando la salud de la fuerza de trabajo. Es necesario aclarar que con esta propuesta no se pretendió hacer una generalización de los resultados obtenidos en esta práctica. Simplemente, la empresa estuvo complacida con el manejo del taller y la atención a los empleados. Las y los participantes comentaron al departamento de salud ocupacional y a otros compañeros que les gustó el taller y que obtuvieron beneficios en sus vidas personales gracias a este. Por estas razones, la organización estuvo interesada en continuar con este tipo de intervenciones.

Esta propuesta fue dividida en dos ámbitos de acción que la empresa solicitó: charlas y talleres. Y se construyó a partir de revisión bibliográfica y las necesidades reportadas por el departamento de salud ocupacional. A continuación, se describirá a mayor detalle el proceso que llevó a la creación de la propuesta.

Primeramente, por medio de la supervisora de la práctica se realizó una reunión para discutir las necesidades de la empresa (como un taller dirigido a managers) y el planeamiento de los nuevos programas. Luego, se habló de crear distintos talleres que involucraran temas variados siempre dirigidos a la mejora de la salud y el tratamiento del estrés. Y que, asimismo, pudieran ser una oferta atractiva para las y los encargados de recursos humanos.

Con esta primera reunión empezó la revisión bibliográfica para la creación de nuevos talleres. También, se supervisó con la directora de esta práctica para que ella diera sus ideas y opiniones profesionales así como bibliografía útil. Después de esto, se entregó la propuesta con cuatro talleres, uno igual al realizado pero con más sesiones para solución de problemas y creación de hábitos saludables y otros acerca de control del estrés para managers, mejora de hábitos saludables, control emocional y mejora de hábitos saludables para personas con hipertensión (este fue inspirado en la práctica dirigida realizada en el EBAIS de Alfaro en San Ramón, ya expuesta en los antecedentes de esta práctica). Igualmente, se describieron los beneficios de este tipo de programas así como la necesidad de implementarlos y evidencia de que estos han sido beneficiosos en otras intervenciones.

Esta propuesta fue revisada por la supervisora Catalina Guerrero y luego se realizó otra reunión en donde ella presentó sus correcciones y dio nuevas instrucciones. Ella también aportó nuevas ideas como la creación de charlas cortas para más personas e incluir técnicas como el Mindfulness ya que habían recibido otras propuestas con esta técnica y eso había gustado mucho en el área de RRHH.

A partir de lo anterior, se prosiguió a leer acerca del Mindfulness con los libros del autor Jon Kabat-Zinn como Mindfulness para Principiantes (Kabat-Zinn, 2013) y Mindfulness en la Vida Cotidiana: Donde quiera que vayas, ahí estás (Kabat-Zinn, 2009).

Luego, se realizaron las correcciones y se crearon las charlas individuales. Por último, Catalina dio la aprobación final de la propuesta y seguidamente esta fue presentada al departamento de recursos humanos. Una vez analizada, las y los encargados de RRHH decidieron dar su aprobación para que estas charlas y talleres sean implementados en Abril de este año. El documento que aprobó RRHH se puede ver en el anexo 9 de este informe.

A continuación, se presentará la propuesta final que se le entregó a la empresa:

Propuesta: Intervenciones para el control del estrés y la mejora en la calidad de vida.

Bach. Viviana Mora

La siguiente propuesta se divide en dos ámbitos de acción: charlas para la prevención del estrés y talleres de tratamiento psicológico para quienes consideran que el estrés ya es un factor problemático en sus vidas. Cada intervención se fundamenta en el hecho de que la salud no debe ser vista solamente como una falta de enfermedad sino que también supone el bienestar mental y social de las y los individuos. Y es por esto que se propone trabajar en mejorar conductas y factores que contribuyen a enfermar a las y los empleados en especial el estrés y la mala regulación emocional. Además de esto, se busca promover el autocuidado mediante la incorporación de mejores hábitos de vida saludable. Y así llegar al objetivo final: Mejorar la calidad de vida.

Charlas preventivas:

Cada una tiene una duración de una hora y media.

Están dirigidas a mayores cantidades de empleados (20 o 30).

El estrés: un riesgo para la salud.

1. ¿Qué es el estrés y cómo se genera? Una mirada neurológica, conductual y social.
2. Cuándo el estrés es necesario y cuándo es excesivo. Cómo identificar esta diferencia.
3. Efectos del estrés en la salud física y mental.
4. Fuentes generadoras de estrés y cómo prevenirlas.
5. Técnicas para reducir las consecuencias del estrés.

El estrés laboral y técnicas prácticas para prevenirlo.

1. ¿Qué es estrés laboral y el síndrome de burnout laboral?
2. Sus efectos en el performance laboral, habilidades cognitivas y relaciones laborales.
3. Enseñanza y práctica de técnicas para el control del estrés dentro del espacio laboral: relajación autógena, relajación progresiva de Jacobson y técnicas de respiración profunda.
4. Ejercicios de estiramiento muscular ante la tensión laboral.
5. Importancia de la familia y el tiempo de ocio.

Regulación del estrés mediante el pensamiento y las emociones.

- 1.Cuál es la relación entre estrés, pensamiento y emociones.
2. Control de pensamientos.
3. Pensamientos Automáticos, irracionales, poco funcionales y sus efectos en el estrés.
4. Debate de pensamientos problemáticos (discusión).
5. Cambio de pensamiento.
6. Tips para hacer del cambio de pensamiento un hábito.
7. La importancia de implementar esta técnica como hábito.

Mindfulness: una técnica contra el estrés.

1. Psicoeducación: ¿Qué es? ¿Cuál es su base neurológica? ¿Cuáles son sus efectos? ¿Por qué previene el estrés?
2. Ejercicios de Mindfulness para practicar todos los días:
 - Respiración adecuada.
 - Atención a estímulos sin juzgarlos.
 - Atención sostenida en diferentes sentidos (el gusto, tacto, oído y vista).
 - El Mindfulness en la actividad física.
 - Ejercicio de atención corporal y ejercicios de ejemplo.

Cómo enfrentarnos a situaciones difíciles.

1. Identificar las situaciones, preparar respuestas adecuadas y practicarlas.
2. Terapia de autoinstrucciones.
3. Control de pensamientos.
4. Respiración profunda.
5. Situaciones sociales difíciles, cómo enfrentarlas asertivamente.

Cómo incorporar hábitos y estilos de vida saludables.

1. Cuáles son los estilos de vida saludables.
2. Establecimiento de metas pequeñas para llegar a una meta mayor.
3. Establecimiento de refuerzos conductuales.
4. Reconocimiento de los pequeños logros.
5. Establecimiento de un horario para lograr las metas.
6. Incorporación del apoyo familiar y social.
7. Prevención de recaídas y manejo de la culpa.
8. Prevención de emociones y pensamientos que limitan el alcance de metas.

Talleres para el tratamiento psicológico ante casos de estrés:

Estos talleres se dirigen a empleados y empleadas que ya enfrentan una cantidad excesiva de estrés y que requieren de una rehabilitación más personalizada en forma de talleres semanales. Estos van a estar compuestos por grupos pequeños que facilitarán la cooperación entre compañeros y propiciarán una cultura de autocuidado.

Cada taller pretende ser un tratamiento psicológico grupal en el cual se buscarán resultados duraderos, visibles y medibles mediante pruebas psicométricas.

Taller 1: Control del estrés y adquisición de hábitos de vida saludables.

- a. Evaluar la calidad de vida y niveles de estrés en las y los participantes previo y posterior al tratamiento mediante tests psicométricos adaptados a la población nacional.
- b. Definir cuál es el estrés perjudicial y su respectivo proceso neurológico.
- c. Psicoeducar acerca de los efectos del estrés en la salud.
- d. Aumentar el control emocional y disminuir el estrés mediante técnicas de reestructuración cognitiva:
 - Comprensión de la relación entre pensamientos y emociones.
 - Detección de pensamientos que aumentan el estrés.
 - Debate racional de pensamientos.
 - Cambio de pensamientos.
- e. Entrenamiento en habilidades sociales y comunicacionales para promover un intercambio efectivo dentro del ambiente laboral y disminuir interacciones que puedan derivar en estrés o agresividad.
- f. Técnicas de solución de problemas para aumentar el control sobre situaciones que causan estrés.
- g. Entrenamiento en técnicas de relajación: Relajación Autógena.
- h. Promover la adquisición de hábitos deportivos y nutricionales (puedo encargarme de traer a expertos de confianza). Acompañados de estrategias para instauración de estos hábitos saludables desde la psicología.
- i. Crear adherencia al tratamiento.

Duración: 12 sesiones de 1 hora y 15 minutos.

Cantidad de personas por grupo: 10.

Taller 2: Manejo del estrés para managers.

- a. Definición del estrés y discusión acerca de factores generadores de estrés en la vida laboral y personal.
- b. Habilidades sociales y comunicacionales: ensayos conductuales, role play, reducción de interacciones hostiles y habilidades asertivas.
- c. Habilidades gerenciales para el manejo de grupos: ser una figura de apoyo y reducir el estrés en las y los empleados.
- d. Regulación emocional.
- e. Reestructuración Cognitiva.
- f. Ensayos conductuales para situaciones conflictivas.
- g. Solución de problemas.
- h. Técnicas específicas para el manejo del estrés.
 - Relajación Autógena.
 - Respiración.
 - Relajación muscular

Duración: 9 sesiones de una hora y 15.

Cantidad de personas por grupo: A convenir.

Taller 3: Tratamiento cognitivo-conductual para personas con estrés e hipertensión arterial, centrado en la incorporación de estilos de vida saludables.

El estrés y los malos hábitos de vida son disparadores de enfermedades cardiovasculares. Este taller en específico se enfoca en controlar el estrés de las personas con hipertensión y aumentar la calidad de vida de estas.

1. Evaluar los niveles de presión arterial de los y las participantes previo y posterior al tratamiento
 - a. Facilitar estrategias de reestructuración cognitiva para el control emocional.
 - b. Ensayar ejercicios de respiración y relajación.
 - c. Habilitar el control conductual de la enfermedad, a través de estrategias de afrontamiento:

- Habilidades sociales.
- Solución de problemas.
- Mejora de hábitos deportivos y alimenticios.
- d. Aumentar la adherencia al tratamiento de la hipertensión.
- e. Establecer estrategias para la prevención de recaídas.

Duración: 15 sesiones de 1 hora y 15 minutos.

Cantidad de personas por grupo: 7.

Todas las intervenciones incluyen contacto telefónico o electrónico para dar seguimiento a las y los pacientes que lo deseen durante la semana y así controlar la adherencia al tratamiento.

1. Beneficios

- Estas intervenciones apoyan otras iniciativas que tiene la empresa para mejorar la salud de sus empleados y las hace más eficientes (gimnasio, natación, nutrición saludable etc).
- Es un programa de responsabilidad social interno que mejora la calidad de vida del personal (Ledezma, 2014).
- Mejora el *engagement* de las y los trabajadores con la empresa (Podsakoff, LePine y LePine, 2007).
- Mejora la salud de las y los empleados (Cooper, Campbell, & Schabracq, 2009).
- Facilita un ambiente de apoyo y trabajo en equipo entre las y los participantes de los talleres.
- Aumenta el conocimiento de las y los empleados acerca de cómo el estrés y los hábitos de vida afectan la salud.
- Ayuda a solventar el problema de estrés que experimentan las y los empleados en ciertas áreas de la empresa.
- Promueve la búsqueda de cambios en la estructura organizacional de la empresa orientados a modificar procesos poco eficaces que no solo afectan a la compañía sino también a la salud mental y física de todos.

2. ¿Por qué es necesario?

A partir de la práctica realizada, se encontró a empleados poco motivados cuyo performance laboral estaba siendo afectado tanto por problemas personales como por situaciones conflictivas

dentro de la empresa, hacia las cuales, no tenían el apoyo necesario para hacerles frente. Esto les generó un nivel de estrés alto visto en las pruebas psicométricas administradas y, sin embargo, ninguno tenía conciencia de lo perjudicial que era ese estrés para la propia salud y para la empresa. Esta problemática estuvo caracterizada por una mala comunicación y relación entre compañeros y jefes así como una falta de regulación emocional. Todo derivó en que varios de las y los empleados atendidos tuvieran grandes dudas acerca de su permanencia dentro de la empresa, mucha frustración, miedo y algunos reportaron no poder realizar un buen trabajo al sentirse poco valorados, agotados y hasta deprimidos.

Según datos y estudios existentes:

- En el 2007 el Centro de Salud Mental de Sainsbury estimó que el coste del estrés y la enfermedad mental en el trabajo del Reino Unido llega hasta £25.9 billones anuales. El ausentismo les cuesta £8.5 billones, el presentismo £15.1 billones y las renuncias £2.4 billones (Cooper, Campbell, & Schabracq, 2009).
- El estrés disminuye el performance laboral, la eficiencia y motivación en las y los empleados (Efe, Karabal, & Sagbas, 2015).
- El estrés lleva a la falta de cooperación entre compañeros y aumento de peticiones de cambios de puestos de trabajo (Durán, 2010). Entre las y los participantes del taller realizado 3 de ellos querían un cambio de rol.
- El estrés entre empleados propicia conflictos interpersonales y rotación del personal (Durán, 2010). En la práctica con esta empresa 2 participantes estaban considerando renunciar debido a conflictos con sus respectivos jefes y compañeros.
- Se ha demostrado una fuerte relación entre el Work Performance Impairment, la obesidad y depresión (Nigatu et.al, 2015).
- En un estudio con 52 países, quienes sufrieron paros cardiacos experimentaron más estrés laboral y financiero que los sujetos control (Rosengren et.al, 2004).
- En Costa Rica existen empresas que se centran en la promoción de la salud con charlas de nutrición y programas de ejercicio pero una vez que un empleado está inestable mentalmente no hay programas de atención y rehabilitación (Arce, 2010).
- En el 2014 se giraron 38.779 órdenes de incapacidad por trastornos mentales según la coordinadora de Salud Mental de la CCSS (Rodríguez, 2016).

3. ¿Se puede decir con evidencia científica que estas intervenciones funcionan?

- Salaxmi y Lalitha (2015) realizaron un programa para reducir el estrés en enfermeras. Este se enfocó en cambios de conductas y habilidades sociales durante 10 sesiones. Los resultados demostraron una reducción significativa en las puntuaciones de estrés del test DCL.
- En el EBAIS de Alfaro perteneciente al Área de Salud de San Ramón se realizó una intervención cognitiva-conductual centrada en la incorporación de estilos de vida saludables para reducir los niveles de hipertensión arterial. Después de 19 sesiones se logró una reducción de 25mm Hg en la presión arterial sistólica y 5,8mm Hg en la diastólica. Además de una mejora estadísticamente significativa en los niveles de calidad de vida (Ledezma, 2014).
- Se realizó programa orientado a cambiar el estado de riesgo en cuanto a salud física y el performance laboral en Unilever. Se trabajó en el mejoramiento del estrés, nutrición, deporte y hábitos de sueño. Los resultados mostraron una reducción en los factores de riesgo evaluados, así como un aumento en el promedio del performance laboral (Mills et.al, 2007).

Conclusión

Invertir en la salud de las y los empleados no sólo representa la responsabilidad social de la empresa sino que también es una manera de mejorar la productividad, el ausentismo, el compromiso de trabajadores, el clima organizacional, las renunciadas, la comunicación entre empleados y la salud integral de quienes lo deseen. Estos programas promueven cambios que mejoran la sensación de bienestar e impulsan a encontrar maneras más eficaces de hacer las cosas evitando situaciones estresantes derivadas de procesos que pueden ser mejorados como la manera en que los empleados se enfrentan a su propio trabajo y las relaciones sociales que se manejan dentro de la empresa. Así mismo, crea hábitos necesarios para una vida sana mediante la construcción de nuevas conductas.

Referencias:

- Arce, S. (2 de noviembre del 2012). Empresas brindan opciones de vida saludable a su personal. *La Nación*. Recuperado de http://www.nacion.com/archivo/Empresas-brindan-opciones-saludable-personal_0_1302869836.html
- Cooper, C., Campbell, J., Schabracq, Q., & Schabracq, M. (2009). *International handbook of work and health psychology*. Singapore: Willey-Blackwell.

- Durán, M. (2010). Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1 (1), 71-84.
- Efe, M.N., Karabal, C., & Sagbas, M. (2015). An applied analysis on organizational stress management and the effect of job performance of the public sector staff. *IIB International Refereed Academic Social Sciences Journal*, 18, 57-83.
- Ledezma, M. (2014). Intervención cognitivo-conductual en pacientes con hipertensión arterial del EBAIS de Alfaro, área de salud San Ramón. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Mills, P., Kessler, R.C., Cooper, J., & Sullivan, S. (2007). Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. *American Journal of Health Promotion*, 22(1), 45-53.
- Nigatu, Y., Reijneveld, S., Penninx, B., Schoevers, R., & Bültmann, U. (2015). The longitudinal joint effect of obesity and major depression on work performance impairment. *American Journal of Public Health*, 105 (5), 80-86.
- Podsakoff, N. P., Lepine, J. A., & Lepine, M. A. (2007). Differential challenge stressor-hindrance stressor relationships with job attitudes, turnover intentions, turnover, and withdrawal behavior: A metaanalysis. *Journal of Applied Psychology*, 92, 438-454.
- Rodríguez, I. (23 de febrero del 2016). Incapacidades por trastornos mentales suman 39.000 cada año. *La Nación*. Recuperado de http://www.nacion.com/m/vivir/psicologia/Incapacidadespor-trastornos-mentales-suman-ano_0_1544645542.html
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa K, Zubaid, M., Almahmeed, W.A... Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 953-62.
- Sailaxmi, G., y Lalitha, K. (2015). Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 14, 42-45.

Discusión

Esta práctica dirigida tuvo como objetivo fundamental mejorar la calidad de vida de un grupo de empleados y empleadas en una empresa mediante la utilización de técnicas para el control del estrés y la formación de estilos de vida saludables. Teniendo en cuenta desde el inicio que el término calidad de vida se refiere al estado físico, emocional y social de las personas (Vinaccia et.al., 2007).

El estrés fue visto como la relación desbordante entre un individuo y su entorno (Lazarus y Folkman, 1984). Este es necesario para sobrevivir a emergencias que ponen en peligro el bienestar personal. Sin embargo, cuando esta respuesta de estrés se vuelve crónica, o sea, se activa durante momentos prolongados el organismo llega a enfermarse (Sapolsky, 2009). Al tener esto presente, surge la problemática del estrés laboral que genera un gran impacto sobre la salud y el bienestar personal de los y las empleadas; y que por consecuente trae efectos negativos para las empresas (Durán, 2010).

Actualmente, en Costa Rica la mayoría de los esfuerzos realizados en las empresas para promover la salud han estado orientados a propiciar la actividad física y brindar educación acerca de buenas prácticas nutricionales (Arce, 2012). Sin embargo, también es necesario enfocar ciertas acciones a enfrentar el estrés que enferma a muchos empleados diariamente (Rodríguez, 2016). Por esta razón, la práctica realizada utilizó técnicas cognitivo-conductuales que, dentro del marco de la psicología de la salud, han demostrado con evidencia ser útiles para disminuir el estrés y aumentar calidad de vida (Maricutoiu, Sava & Butta, 2016).

Entre las técnicas utilizadas se encuentra la reestructuración cognitiva (RC) (Beck, 2011). La necesidad de utilizar esta estrategia para crear interpretaciones más adaptativas y funcionales acerca de situaciones estresantes se hizo evidente en varias ocasiones. Por ejemplo, un participante pensaba que en ese momento de su vida debería (distorsión cognitiva) estar trabajando en un negocio propio pero en lugar de eso estaba desempeñando un rol en una compañía que le representaba un obstáculo para seguir sus ambiciones. Al ver esto, durante una sesión individual se le introdujo la idea de empezar a ver su trabajo en la empresa como un reto y una inversión para su futuro ya que si su deseo es empezar un

negocio primero necesita la estabilidad económica y los ahorros que la compañía puede darle. Más adelante, en la sesión de evaluación final, esta persona indicó que ese cambio de pensamiento le había ayudado mucho.

Acerca de lo anterior, se ha investigado (Cavanaugh, Boswell, Rohelin y Boudreau, 2000) que en el campo de trabajo las y los empleados suelen clasificar los estresores como retos u obstáculos. Los retos, están asociados al desarrollo personal y logros mientras que los obstáculos frustran el alcance de metas y el desarrollo profesional (Cavanaugh, et al., 2000). Además, los estresores vistos como retos están relacionados a un mejor desempeño laboral y han sido asociados positivamente con la satisfacción laboral y compromiso con la organización. Mientras que los estresores vistos como obstáculos se relacionan negativamente con la satisfacción y compromiso; así como están positivamente relacionados a renuncias y agotamiento (Podsakoff, LePine y LePine, 2007).

La realización de esta práctica condujo al aprendizaje de que los pensamientos que anticipan ser despedidos/as de manera irracional son una fuente común de mucho estrés (al menos entre los participantes). Tanto las y los empleados que formaron parte de la muestra final como los que se fueron en el transcurso del taller mencionaron haber experimentado estrés y miedo por este tipo de pensamientos. Esto demuestra lo importante que es para las empresas no fomentar la creencia de que cometer un error, aunque sea mínimo, puede significar un despido. En relación con esto, la bibliografía explica que los empleados presentan un menor desempeño laboral si perciben que su puesto se encuentra en peligro comparados con quienes ven su trabajo como un reto (Brannon, Feist y Updegraff, 2013). Y es así como se subraya nuevamente lo importante que es utilizar la reestructuración cognitiva en este tipo de intervenciones.

Como se mencionó anteriormente, otra de las técnicas utilizadas fue el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) (Caballo, 2007). La influencia de las relaciones interpersonales en la calidad de vida fue un tema ampliamente discutido y, en opinión propia, fue la intervención que más se necesitaba según las demandas del grupo. Desde los primeros días, muchos de las y los participantes dejaron en claro que las discusiones con sus compañeros, jefes y familiares representaban una fuente de estrés diaria e importante. De hecho, dos participantes que concluyeron el taller reportaron tener fuertes problemas con sus

jefes, mientras que otros dos mencionaron haber participado en confrontaciones agresivas con compañeros de trabajo. Además, un empleado que llegó sólo a las dos primeras sesiones explicó que tenía fuertes problemas con su jefa y que sólo verla entrar a la oficina le producía tensión y malestar, este empleado fue despedido en los días siguientes.

A partir de lo anterior, se entendió que la comunicación agresiva entre gerentes y empleados era la causante de los conflictos más fuertes y de la mayor parte del estrés laboral observado. Esto se hizo indudable al escuchar las vivencias que compartieron las y los empleados, por ejemplo, la participante 3 tuvo una discusión en donde tanto ella como su jefe se gritaron y se faltaron el respeto. En esta, ella fue amenazada con ser despedida y también amenazó con renunciar. Acerca de este caso, Contrada y Baum (2011) argumentan que una de las situaciones más severas en el lugar de trabajo es la violencia que explota de muchas maneras cuando el estrés ha sido continuo y se llega a un punto de quiebre. En relación a esto, la participante dijo en una sesión individual que su estrés era demasiado ya que la situación con su jefe empeoraba y su carga de trabajo era excesiva. Debido a esta realidad, esta persona no asistió a la mayoría de las sesiones del taller ya que por un tiempo pensó que sería despedida o que renunciaría.

También, se trató con una situación de bullying laboral en la cual una empleada era constantemente menospreciada por su jefa. Esta le envió algunos correos insinuándole que era una tonta (los cuales ella leyó en el taller) y presentaba un comportamiento intimidante en las reuniones personales con la participante. Agervolds y Mikkelsen (2004) definen el bullying como un comportamiento agresivo y negativo que representa una amenaza para la autoestima y competencia profesional de la persona afectada. En este, la víctima es incapaz de defenderse ante la agresión que por lo general se da por un tiempo prolongado y resulta en mayor absentismo, fatiga mental y estrés continuo. Estos autores agregan que el bullying se da predominantemente en situaciones laborales estresantes caracterizadas por malas relaciones interpersonales y un liderazgo destructivo.

Fue debido a esta situación que se vio la necesidad de crear un taller para el manejo del estrés en *managers* dentro la propuesta para la implementación futura de estos programas en la empresa. En este sentido, la bibliografía indica que también debe de fomentarse un cambio en el estilo de liderazgo ya que este debe ir orientado a ser un liderazgo

transformacional (Bass y Riggio, 2006). Este concepto hace referencia a los jefes y jefas que son capaces de generar recursos positivos que contribuyen a controlar el estrés. Además, se caracteriza por ver al trabajador como una persona integral y no como un activo o herramienta para la empresa. También se da una estimulación intelectual hacia el empleado invitándole a que contribuya con sus aportes e ideas. Este es un líder que motiva a sus empleados y que busca el crecimiento a largo plazo más que los resultados a corto plazo (Bass y Riggio, 2006).

Y para hacerle frente a la problemática relacional entre empleados y jefes durante el taller se decidió empoderar a las y los trabajadores para que hagan respetar sus derechos de una manera asertiva no sólo en las sesiones programadas para trabajar habilidades sociales sino durante todo el taller. También, se aprendió a manejar las discusiones grupales que surgen cuando todo el grupo opina acerca de la situación de otro compañero. Por ejemplo, en el *roleplay* de habilidades sociales todos estaban opinando acerca de cómo una compañera podía comunicar una situación a un familiar asertivamente cuando una de las participantes utilizó un estilo de comunicación agresivo y un tono de voz alto para defender su punto. El manejo del grupo después de esto fue retador pero se logró controlar la situación al recordarles las reglas planteadas al inicio del taller y el contrato que ellos firmaron. Además, de manera neutra, se utilizó la situación como un ejemplo para mejorar la asertividad.

Acerca de lo anterior, es necesario resaltar la explicación que hace el Manual Internacional del Trabajo y la Psicología de la Salud (Cooper, Campbell y Schabracq, 2009) acerca de las problemáticas comunicacionales ya mencionadas. Este hace énfasis sobre la importancia de la dimensión comunitaria en el lugar del trabajo resaltando que cuando esta área social no funciona bien surgen problemas e inicia un clima laboral negativo en el que las personas no están felices, no se comunican directamente ni de manera adecuada y, peor aún, se corta el apoyo entre colegas y supervisores. Todo esto representa una carga extra para las y los empleados y está relacionado con una baja productividad, burnout, mala calidad de vida, bajo compromiso con la organización etc (Cooper, Campbell y Schabracq, 2009).

Además, la aplicación de la RC y el EHS también fue importante al considerar los beneficios que pueden traer cuando se busca la mejora del clima organizacional. Este concepto, aunque no fue considerado dentro del marco teórico de este informe, es relevante dentro del campo de la psicología laboral, ya que las características de un sistema

organizacional, van a generar un determinado clima en la organización. Según algunos autores como Segredo et.al (2006), las percepciones que las y los trabajadores tienen sobre las estructuras y procesos de la empresa constituyen la clave para comprender este concepto ya que van a influenciar la motivación, los comportamientos de los individuos, las actividades que realizan y el ambiente psicosocial en el que se desenvuelve la empresa.

Existen 9 dimensiones que explican el clima existente en una determinada empresa (Litwin & Stringer, 1968). Estas se refieren a la percepción que las los empleados tienen de la estructura de la empresa, su autonomía dentro de esta, las recompensas que reciben, los desafíos que enfrentan, las relaciones con los otros empleados, los estándares de la empresa, el nivel de cooperación, los conflictos existentes y el sentimiento de pertenencia a la organización (Litwin & Stringer, 1968). En esta práctica se trabajó en mejorar algunas de estas dimensiones, como los desafíos que enfrentaban las y los participantes y los esfuerzos para que estos sean vistos como retos. También, se facilitaron técnicas para mejorar los conflictos existentes y las relaciones con otros empleados por medio del EHS así como se utilizó la RC para cambiar la manera en que estos conflictos eran percibidos.

Por otra parte, el aprendizaje en torno a la respiración y relajación fue uno de los más útiles según el testimonio de las y los empleados en la evaluación final. Esto puede ser por la facilidad de implementar esta técnica en el contexto laboral diario y porque es una herramienta práctica que no necesita de mucho tiempo y experiencia para ser realizada. Esta es un tipo de terapia psicofisiológica que ha demostrado ser efectiva al utilizar la sugestión para llevar a un individuo de una gran activación del sistema nervioso simpático a una activación del parasimpático (Kanji, White & Ernst, 2006). Además, ayuda a controlar los efectos de la hiperventilación sobre los músculos del cuello y los hombros (Shleifer, Law & Spalding, 2002). Esto último fue de gran ayuda sobre todo para un participante que reportó sentir mucho dolor en el cuello y espalda y debía inyectarse frecuentemente para sobrellevar una contractura.

También, en relación a las sesiones de actividad física y nutrición sana fue muy significativo el aprendizaje en cuanto a la relación entre pensamientos y emociones con la dieta y ejercicio. Durante la práctica se dio la información apropiada acerca de hábitos saludables pero también se discutieron temas que podían estar sabotando la consecución de

metas nutricionales y deportivas. Entre estos, se dialogó acerca de los ideales de belleza, las dietas dañinas que prometen una disminución rápida del peso, los pensamientos de todo o nada (si no se hace una dieta perfecta mejor se deja), los sentimientos de culpa etc. Además, se fomentó el comer saludablemente, dejar de estar viendo la balanza todos los días, fijar pequeñas metas, combinar lo anterior con actividad física recreativa, organizar tiempos para alistar alimentos, involucrar a la familia etc. Con respecto a esto, Moldovan y David (2011) coinciden en que los programas orientados a mejorar la salud deben dirigirse a reforzar la incorporación de buenos hábitos alimenticios en lugar de los kilos perdidos. Lo que se puede esperar según los autores es una pérdida de peso gradual y un mantenimiento de esta pérdida así como la incorporación de conductas más saludables.

Como se puede ver, se consideró que las sesiones de nutrición y deporte debían estar más dirigidas a impulsar un cambio conductual y cognitivo que a dar la información típica de nutrición y deporte que ya muchos de ellos habían escuchado. Esto debido a que se ha encontrado que hacer dieta trae consecuencias psicológicas negativas como irritabilidad, obsesión con la comida, disconformidad corporal etc. Mientras que el desarrollo de patrones nutricionales saludables como no comer en exceso es una mejor opción (Herman, van Strien, & Polivy, 2008).

Además, la formación de hábitos deportivos también se presentó como una estrategia de afrontamiento ante el estrés. Esto debido a que otros estudios han encontrado que hacer deporte ayuda en la disminución del estrés percibido (Jimenez, Miró, Martinez, y Sánchez, 2008). Un ejemplo de esto se puede ver en la tesis para optar por el grado de licenciatura de una estudiante de la Escuela de Psicología la cual administró la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) a estudiantes de la UCR antes de iniciar el recorrido de la *Milla Universitaria* (en la categoría de ciclismo) y después de este. A partir del análisis de resultados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest de la PSS-10 demostrando que los viajes en bicicleta efectuados de 20 a 30 minutos tienen efectos positivos sobre la percepción subjetiva del estrés (Casasola, 2015). La autora argumenta que estos resultados se deben a que este tipo de eventos permiten que las personas logren distraerse, disfrutar de un momento de esparcimiento y canalizar mediante el deporte la energía cargada de estrés (Casasola, 2015).

Continuando con lo visto en el taller, las últimas sesiones individuales de adherencia al tratamiento fueron claves para proporcionar un cierre apropiado que diera la oportunidad de ver los avances logrados y, al mismo tiempo, identificar las señales de recaída y las técnicas que se pueden usar para mejorar. Acerca de esto, Beck (2011) resalta que el objetivo de la terapia cognitiva-conductual es la remisión de los síntomas y enseñanza de habilidades para implementar en el futuro. Así mismo, la idea de esta práctica no fue resolver todos los problemas de las y los pacientes sino fortalecer sus recursos personales al enfrentar situaciones difíciles presentes y futuras. Beck (2011) aclara que estas técnicas se deben incluir al final de la terapia como repaso de lo aprendido y para realizar un plan de terapia propia o *self-therapy plan*; así como se implementó en la empresa.

Esta sesión de adherencia al tratamiento también fue importante porque condujo a una validación social por parte de las y los empleados. Este término hace referencia a la validez que surge al determinar si existe satisfacción en el cliente tras la intervención a la cual fue sometido\va (Fuqua y Schwade, citado por León y Vargas, 1995).

Hay tres niveles al considerar la validez social en un estudio: el primero, se da cuando el paciente o las personas significativas a este determinan que la línea sobre la cual se va a desarrollar una intervención es beneficiosa. El segundo se relaciona a la escogencia de procedimientos adecuados con los cuales los sujetos se sientan satisfechos. Y el último nivel se refiere a la evaluación de los efectos sociales de la intervención que hacen los y las pacientes (Fuqua y Schwade, citado en León y Vargas, 1995). Este último nivel fue alcanzado al conocer la satisfacción de los y las participantes acerca de los cambios logrados a partir del taller y las sesiones individuales ya que se les pidió que dijeran cómo habían empezado y qué de esto cambió. Los comentarios recibidos fueron de satisfacción y permitieron visualizar mejor los progresos logrados. De igual manera, el primero y segundo nivel también fueron alcanzados cuando se les preguntó cuáles técnicas les habían parecido adecuadas y cuáles debían usar en caso de una recaída

Por otro lado, la necesidad de mejorar las habilidades de las y los participantes en solución de problemas se dio a conocer a través del taller. Y, aunque esto no fue planeado desde el inicio, se dedicó bastante tiempo a enseñar que es mejor ocuparnos de un problema que gastar tiempo y energía preocupándonos por este.

Lo anterior también se trató en sesiones individuales que se dirigieron a aumentar la sensación de control mediante la creación de planes para resolver problemas que causaban estrés a las y los empleados. Esta percepción de control ha sido ligada al manejo del estrés en varias investigaciones. Por ejemplo, Dikerson y Kemeny (2004), realizaron un meta análisis de 200 estudios en donde examinaron las características de las tareas que ocasionaban mayores niveles de cortisol en los sujetos. En este, las tareas que ofrecían a las y los participantes poco control por limitaciones de tiempo o por exposición a altos niveles de ruido condujeron a los más grandes incrementos de cortisol. Estos resultados sugieren que las personas que se enfrentan frecuentemente a situaciones en donde tienen poco control tienen más posibilidades de sufrir consecuencias negativas en su salud debido a una continua activación del eje HPA.

Otra parte importante de este trabajo fue el facilitar un ambiente de apoyo en donde las y los empleados eran libres de contar sus problemas y recibir los consejos de sus colegas. Este apoyo social es de suma importancia al tratar con estrés. De hecho, la bibliografía explica que los individuos que sufren de estrés continuo se pueden beneficiar de una red de apoyo que los aliente a adoptar hábitos más saludables como hacer ejercicio y tener momentos de ocio. Además, este apoyo social puede ayudar a las personas a tener más confianza en sus habilidades para resolver situaciones estresantes y de esta manera pueden evaluar el estresor como algo menos amenazante (Mills, citado en Brannon, Feist y Updegraff, 2013). Igualmente, otras investigaciones sugieren que el apoyo social puede contrarrestar las consecuencias psicológicas del estrés. Por ejemplo, Moak y Agrawal (2010) realizaron un estudio en donde concluyeron que las personas que experimentaron estrés en sus vidas acompañado de una buena red de apoyo reportaron menos niveles de depresión y ansiedad así como una mejor salud física en comparación con quienes no tuvieron este apoyo.

Otro factor relevante que debe ser mencionado se relaciona al Síndrome de Burnout. Este es definido como la sensación por parte del trabajador de estar desbordado y sentirse impotente para poder enfrentarse a los problemas de su trabajo lo cual le va a generar cansancio y agotamiento (Gil-Monte, 2006). Este síndrome también engloba actitudes y pensamientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional (Maslach y Jackson, citado en Gil-Monte y Peiró, 1997). Sin embargo, en la

práctica realizada, no se detectó este síndrome en ningún participante ya que ellos no se mostraron hostiles ni desinteresados en su trabajo, sino que les preocupaba el hecho de ser despedidos y de no estar dando los resultados que sus jefes esperaban.

Asimismo, no se puede ignorar el hecho de que este trabajo no pretendió cambiar o quitar los factores organizacionales causantes de estrés en la empresa como ciertos tipos de roles, liderazgos problemáticos, demandas fuera de la capacidad de los individuos y todo lo relacionado a la estructura organizacional de la compañía. Únicamente se trataron los factores estresores relacionados con los individuos y esto no es suficiente para eliminar todo el estrés.

Relacionado a lo anterior, se ha investigado la importancia de intervenir en la organización de las instituciones para la regulación del estrés laboral. Un ejemplo de esto es la tesis realizada por Hernández (2015) para optar por el grado de maestría en Administración Educativa de la UCR en donde investigó los factores institucionales relacionados al estrés laboral de una escuela en Puntarenas. Esta mencionó como factores de riesgo importantes al exceso de trabajo, falta de participación en la toma de decisiones, exceso de supervisión, condiciones de trabajo no óptimas acompañado de escasas posibilidades de cambiar de empleo y falta de posibilidades de crecer profesionalmente entre otras. A partir de esto, la autora concluyó que es necesario intervenir directamente en el nivel organizacional como forma de prevenir y controlar el estrés laboral (Hernández, 2015).

Por último, se considera que esta práctica fue relevante al implementar un programa dirigido no sólo a informar acerca del estrés sino también a cambiar conductas y pensamientos de manera grupal que contribúan a esta problemática. Esto difiere de otras iniciativas organizacionales orientadas a promover el deporte y la nutrición en donde, por ejemplo, se da la opción de tener un gimnasio en la empresa pero se deja a un lado la creación de hábitos relacionados a la actividad física.

En los próximos apartados se explicarán las limitaciones experimentadas durante el transcurso de la práctica así como las recomendaciones que se le hicieron a la empresa una vez terminada la intervención.

Limitaciones

Entre las limitaciones de esta práctica se debe mencionar la deserción. De 9 participantes 2 de ellos decidieron no asistir después de la primera sesión debido a su cantidad de trabajo y a que ya habían asistido a un taller parecido. Otra persona desertó después de las sesiones de reestructuración cognitiva debido a que quería presentarse a otra capacitación en el mismo horario.

También, como se mencionó anteriormente, a petición de la empresa se hizo lo posible para incluir a dos nuevas personas dentro del grupo inicial cuando el taller llevaba pocas semanas de haber iniciado. Para esto se les dio sesiones individuales de reposición, sin embargo, ninguno llegó a las sesiones grupales ya que uno fue despedido y otro sólo estaba interesado en las sesiones individuales.

Otra limitación fue el horario, el cual consistió en una sesión a la semana durante una hora y media. Sin embargo, este era el tiempo de almuerzo de las y los participantes lo que significa que quienes querían asistir al taller debían tomar su único tiempo de descanso al día. Y en ocasiones debían almorzar durante el taller o usar este espacio para trabajar. Dentro del proceso fue difícil lograr que concentraran su atención a la terapia, sin embargo, conforme fue avanzando la práctica este problema pudo ser mitigado gracias a lo visto acerca de tiempos de ocio y necesidad de cuidar la salud.

Lastimosamente, la asistencia al taller se vio afectada por este horario sobre todo en momentos en donde el recargo de trabajo era más fuerte. Pero la mayoría de las veces quienes faltaban estaban interesados en reponer la sesión y por esto se negoció con la empresa para tener un espacio extra otro día a la semana y reponer la sesión anterior a los interesados.

La falta de asistencia no se dio solamente por el horario, sino que hubo otras razones relacionadas con el estrés laboral de las y los participantes. Como ya se dijo, la paciente 3 faltó a la mayor parte de las sesiones de reestructuración cognitiva y relajación, ella fue quien se peleó de manera agresiva con su jefe y quiso renunciar. Sin embargo, unas semanas después ella decidió que se quedaría con su trabajo y reanudó su asistencia al taller. Una situación similar le sucedió a otra participante que tenía una mala relación con su jefe

inmediato y decidió no decirle que estaba asistiendo a este programa, por lo cual en ocasiones faltaba o se iba antes de terminar la sesión.

Así mismo, la dificultad para encontrar a un profesional del movimiento físico que ayudara con la sesión de deporte fue otra limitación del trabajo. Esto debido a que la persona que se contactó para dar la charla canceló el día antes y dijo que no iba a poder en otro momento. Fue por esto que la sesión tuvo que ser cancelada y se recurrió a la entrenadora de un centro de acondicionamiento físico para colaborar en la siguiente semana.

También, las expectativas de algunos participantes acerca de este taller resultaron ser una limitación ya que querían sesiones individuales y estaban más interesados en estas que en las grupales. Como se mencionó anteriormente, en la última sesión una de las retroalimentaciones dadas fue que debería de haber más sesiones individuales. Esta modalidad de sesión es necesaria para ayudar a ciertos empleados a fortalecer lo visto durante las sesiones grupales. Sin embargo, el propósito no era llevar un proceso terapéutico individual con cada uno de las y los participantes. Esto se les dejó en claro antes de iniciar el programa pero dos personas continuaron solicitando sesiones individuales recurrentemente.

Por otro lado, la naturaleza del trabajo que realizaban varios participantes fue una limitación al impedirles practicar algunas de las recomendaciones del taller. Por ejemplo, uno de ellos estaba trabajando en mejorar sus hábitos de sueño pero en ocasiones era necesario que trabajara durante toda la noche y llegara a dormir durante el día. Esto hizo su situación aún más difícil ya que su cuerpo no estaba acostumbrado a dormir durante ciertas horas y el cansancio le impedía hacer deporte y hasta comer bien.

Se debe recalcar que el tipo de trabajo que realizan algunos empleados es demasiado así como la presión por hacerlo bien y terminarlo. Esto hace que el estrés no sólo esté ligado a los sentimientos, pensamientos y conductas que se trabajaron en el taller sino que también a la dinámica de trabajo instalada en la empresa.

Conclusiones

En este apartado se mencionarán algunas conclusiones finales procedentes tanto de la práctica como de la creación de este informe. Estas son enseñanzas generales pero centrales en esta práctica dirigida.

Primeramente, se concluye que la enseñanza de estrategias para el manejo del estrés en ambientes laborales es necesario para mejorar la salud de las y los trabajadores y su calidad de vida. Esto debido a que no se puede hablar de salud si se excluye a las emociones y las relaciones sociales. Es por esto que las empresas del país deben tomar conciencia de lo importante que es trabajar en la salud mental para la organización y de esta manera empezar a fomentar iniciativas que ayuden a enfrentar problemáticas de salud que se generan dentro de la empresa, como por ejemplo, el estrés.

De igual manera, las empresas deben recordar que la naturaleza del trabajo no es la misma de antes y por esto las y los trabajadores se enfrentan a presiones cada vez más grandes. Estas presiones incluyen percibirse como un activo más de la organización que al no cumplir con las demandas crecientes del mundo laboral de hoy en día puede quedarse sin trabajo. Por esta razón, se deben realizar planes que estudien y cambien ciertas políticas y procedimientos de la organización que estén afectando el manejo de emociones del individuo.

También, las interacciones sociales en el ambiente laboral son muy importantes para el manejo emocional ya que un clima laboral de apoyo, respeto, comprensión y comunicación asertiva puede evitar conflictos que llevan al despliegue de muchos pensamientos negativos que evitan el buen manejo emocional. Sin embargo, ambientes en donde los y las jefes intimidan a sus trabajadores, los ven como obstáculos, se dirigen a ellos de manera agresiva y los empleados utilizan estilos de comunicación agresivos o pasivos entre ellos y sus managers son escenarios causantes de un lugar de trabajo poco saludable.

Por otro lado, se llegó a la conclusión de que un taller en psicología como este necesita de que todos los participantes asistan a las sesiones regularmente para obtener resultados y cambios significativos. Durante esta práctica siempre se realizó un esfuerzo para dar sesiones de reposición a quienes no podían asistir, sin embargo, algunos participantes faltaron a varias sesiones lo cual les impidió llegar a conseguir los objetivos del taller.

Además, las técnicas utilizadas sirvieron para que las y los empleados enfrentaran problemas familiares, situaciones laborales conflictivas, así como también, para la modificación de pensamientos que los conducían a un mal control emocional y los apartaban de la consecución de sus metas profesionales y personales. Estas técnicas han demostrado su utilidad y eficacia en muchos otros estudios e intervenciones. Y en este sentido, es importante concluir que se le debe de dar importancia tanto a la psicoeducación, como al cambio cognitivo y conductual ya que no basta sólo con el aprendizaje de las técnicas en la sesión también deben de generarse estrategias que guíen al empleado a practicar lo visto diariamente y así generar conductas de afrontamiento ante las fuertes demandas laborales.

Por último, se concluye que el trabajo y la investigación de la psicología de la salud en el campo laboral debe continuar ya que tiene mucho camino por recorrer. Es necesario que las y los psicólogos sigan investigando el impacto del mal control emocional para la empresa y el gasto económico que este puede implicar. También sería muy valioso el diseño de programas que ayuden a disminuir tanto el estrés laboral como el organizacional. Y que se sigan realizando prácticas que abran camino a nuevas oportunidades de trabajo dentro de empresas que utilicen las habilidades en psicología para mitigar o prevenir problemas de salud como lo son el mal manejo emocional y falta de hábitos saludables en sus trabajadores.

Recomendaciones

A la empresa:

Primeramente, se recomienda que las intervenciones orientadas a mejorar la salud de las y los empleados no se queden sólo en la prevención de la enfermedad, sino que también brinden tratamiento a quienes ya tienen estrés crónico y malos hábitos tanto deportivos como alimenticios. Teniendo en cuenta que la empresa ya brinda iniciativas de prevención primaria (gimnasio, piscina, una opción de almuerzo saludable etc) es necesario que también presten atención a la prevención secundaria. En este sentido, una intervención como la realizada puede ayudar a que las y los empleados participen y saquen más provecho de las opciones saludables que ya existen en la empresa.

Por otra parte, se aconseja revisar el tipo de comunicación que ciertos jefes tienen con sus empleados. Esto es relevante ya que entre las personas que asistieron al taller tres estaban enfrentando situaciones difíciles con sus jefes. Y como se dijo, estas estaban caracterizadas por una comunicación agresiva. Con esto, se debe recordar que una mala interacción con las personas que rodean el ambiente laboral diario es una gran fuente de estrés. Una comunicación asertiva ayuda a un mejor entendimiento, menos conflictos, mejor trabajo en equipo, mejor clima laboral etc.

También, se considera de gran importancia revisar el ambiente de la organización así como las condiciones de ciertas áreas o departamentos que pueden estar contribuyendo en gran medida a generar estrés. Según la doctora de la empresa, hay ciertos empleados con roles específicos que sufren de más estrés que los demás. Estos roles deben ser analizados para identificar en qué medida la organización y la dinámica del trabajo en la empresa está contribuyendo a esta problemática.

Como última recomendación, se aconseja indagar acerca del impacto económico que las enfermedades relacionadas con estrés tienen en la empresa. Esto puede contribuir a aclarar el costo y beneficio que programas como este pueden tener. Y con esto, se puede considerar un cambio a nivel estructural empresarial que proteja aún más la salud y facilite el autocuidado y el control emocional.

Para los y las psicólogas costarricenses:

Se les recomienda que busquen oportunidades laborales en empresas de Costa Rica ya que estas en el 2016 suman 36 950 con un total de 708 547 trabajadores (INEC, 2016) que pueden estar necesitando de este tipo de intervenciones enfocadas en el control del estrés y mejora de la salud integral.

Asimismo, se recomienda que luchen por más espacios de trabajo en centros de salud que desconocen la importancia de la Psicología de la Salud para prevenir y tratar la enfermedad. Y esto implica que los mismos psicólogos reconozcan el aporte que la psicología puede dar a los sistemas de salud.

A los y las estudiantes que quieran implementar una intervención de este tipo en el futuro:

Se les recomienda aconsejar a las empresas desde el inicio que la intervención puede llegar a mejores resultados si dan un tiempo libre a las y los empleados para que asistan a los talleres. O sea, que el tiempo destinado para la intervención se dé dentro de las horas laborales y no durante el almuerzo.

También, se les recomienda incluir sesiones para el Entrenamiento en Resolución de Problemas y aumentar la cantidad de sesiones destinadas tanto a la Reestructuración Cognitiva como al Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Por último, se recomienda intervenir en factores organizacionales que contribuyen a incrementar el estrés organizacional. Esto con el objetivo de tratar el estrés de una manera integral en donde tanto la Psicología Laboral como la Psicología de la Salud pueden ofrecer las soluciones necesarias.

Referencias:

- Adams, J.D., Fischer-Quigley, E., & Schmidthorst, J. (1984). Improving the health and stress management of federal workers. In D.D, Warrick (Eds.), *Contemporary organization development: Current thinking and applications*. Illinois, EEUU: Scott, Foresman and Company.
- Arce, S. (2 de noviembre del 2012). Empresas brindan opciones de vida saludable a su personal. *La Nación*. Recuperado de http://www.nacion.com/archivo/Empresas-brindan-opciones-saludable-personal_0_1302869836.html
- Agervold, M., & Mikkelsen, E. (2004). Relationships between bullying, psychosocial work environment and individual stress reactions. *Work & Stress*, 18, 336–351.
- Aksoy, A., & Kelleci, M. (2016). Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29, 210-218. DOI: 10.5350/DAJPN2016290302
- Barraca, J. (2016). La activación conductual en la práctica: Técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *42* (165), 15-33.
- Bass, B.M., & Riggio, R.E. (2006). *Transformational Leadership*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Becoña, E. (2009). Terapia de solución de problemas. En F. J. Labrador (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 461-482). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (2010). Promoción de estilos de vida saludables. En L. Oblitas (Eds.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp.83-109). México: Cengage Learning.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Nueva York: The Guildford Press.
- Bertoglia, J.P. (1997). *Adaptación del “Cuestionario sobre estrés Solano-Beauregard” para la medición del nivel de estrés en el personal de oficinas centrales y periféricas del Banco Nacional de Costa Rica*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Biron, C., & Øystein, P. (2009). Sicknes presenteesm and attendance pressure factors: Implications for practice. En C. Cooper., J. Campbell., Q. Schabracq y M. Schabracq

- (Eds.), *International handbook of work and health psychology* (pp. 77-96). Singapore: Wiley-Blackwell.
- Bobes, J., G-Portilla, M., Barcarán, M., Sáiz, P., & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Boyer, B.A., & Paharia, M.I. (2008). *Comprehensive handbook of clinical health psychology*. New Jersey, Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Brannon, L. (2010). *Health psychology*. Belmont: Wadsworth.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Carrasco, I., & Espinar, I. (2009). Terapia racional emotivo-conductual y reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 499-516). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Casasola, Y. (2014). *Estrés percibido, su asociación con características del entorno y calidad de vida*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Cavanaugh, M. A., Boswell, W. R., Roehlin, M. V., & Boudreau, J. W. (2000). An empirical examination of self-reported work stress among U.S. managers. *Journal of Applied Psychology, 85*, 65–74.
- Ceballos, G., Laguna, R., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología, 37*(3), 493-507.
- Cohen, S., Tyrrel, D. A. J., & Smith, A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine, 325*, 606-612.
- Contrada, R., y Baum, A. (2011). *The handbook of stress science: Biology, psychology and health*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Cooper, C., Campbell, J., Schabracq, Q., & Schabracq, M. (2009). *International handbook of work and health psychology*. Singapore: Wiley-Blackwell.

- Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, *130*, 355–391.
- Durán, M. (2010). Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, *1* (1), 71-84.
- Efe, M.N., Karabal, C., & Sagbas, M. (2015). An applied analysis on organizational stress management and the effect of job performance of the public sector staff. *IIB International Refereed Academic Social Sciences Journal*, *18*, 57-83.
- Feixas, G., & Miró, M.T. (2009). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Fernández, B. (2009). *Nivel de estrés y estilos de afrontamiento en periodistas de medios costarricenses dedicados a cubrir informaciones de sucesos violentos o dramáticos*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Free, M., (2007). *Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and resources for practice*. Wiltshire, England: John Wiley and Sons.
- Freedland, K.E., Jennings, J.R., Llabre, M.M., Manuck, S.B & Susman, E. J. (2010). *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and applications*. London: Springer.
- García, E. (2009). *Análisis de las causas y efectos del estrés en el rendimiento laboral de los empleados del Área de Salud de Palmares durante el segundo trimestre del 2008*. (Tesis inédita de maestría). Instituto Centroamericano de Administración Pública ICAP, San José, Costa Rica.
- Gardner, B., Rose, J., Mason, O., Tyler, P., & Cushway, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work & Stress*, *19*(2), 137- 152.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el Síndrome de Quemarse*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Gil-Monte, P. (2006). *El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Grimsrud, A., Stein, D.J., Seedat, S., Williams, D., & Myer, L. (2009). The association between hypertension and depression and anxiety disorders: Results from a nationally-representative sample of South African adults. *PLoS ONE*, *4*(5), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0005552

- Herman, C. P., van Strien, T., & Polivy, J. (2008). Undereating or eliminating overeating? *American Psychologist*, 63, 202–203.
- Hernández, M. (2015). *Factores institucionales asociados al estrés laboral del personal docente y administrativo de la escuela El Roble de Puntarenas y su repercusión en el desempeño profesional*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- INEC. (2016). *Directorio de Empresas y Establecimientos 2016*. (7). Recuperado de <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/reconomdee2016.pdf>.
- Jiménez, M., Miró, E., Martínez, P., & Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Jiménez, L.G. (2010). Estrés en estudiantes de farmacia de la Universidad de Costa Rica. *Actualidades Investigativas en Educación*, 10 (2), 1-29.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona, España: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: Donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Kanji, N., White, A., & Ernst, E. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 729-735.
- Labrador, F.J. (2009). Introducción a las técnicas de modificación de conducta. En F.J. Labrador (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 33-65). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Larkin, S. (2005). *Stress and Hypertension: Examining the relation between the psychological stress and high blood pressure*. New Haven, Connecticut: Yale University Press
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, EEUU: Springer
- Ledezma, M. (2014). *Intervención cognitivo-conductual en pacientes con hipertensión arterial del EBAS de Alfaro, área de salud San Ramón*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- León, M., y Vargas, T. (1995). *Aplicación de un paquete de técnicas conductuales, para la reducción de la conducta tímida en niños y niñas, por medio de la participación de*

- padres, madres y maestras como mediadores.* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales.* Nottingham, Reino Unido: Instituto de trabajo, Salud y Organizaciones.
- Lim, S., & Kim, C. (2014). Effects of autogenic training on stress response and heart rate variability in nursing students. *Asian Nursing Research*, 8, 286-292.
- Litwin, G.H. & Stringer, R.A. (1968). *Motivation and organizational climate.* Boston: Harvard Business School Press.
- Llamas, C. (2017). *Implementación de un programa cognitivo-conductual para el manejo del estrés y su relación con la dermatitis atópica en personas pertenecientes a la Fundación Caléndula, localizada en San José, CR.* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Maricutoiu, F., Sava, F.A., & Butta, O. (2016). The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89, 1–27. DOI:10.1111/joop.12099.
- McMahon, A., Kelleher, C.C., Helly, G., & Duffy, E. (2002). Evaluation of a workplace cardiovascular health promotion program in the Republic of Ireland. *Health Promotion International*, 17(4), 297-308.
- Mills, P., Kessler, R.C., Cooper, J., & Sullivan, S. (2007). Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. *American Journal of Health Promotion*, 22(1), 45-53.
- Moak, Z. B., & Agrawal, A. (2010). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Journal of Public Health*, 32, 191–201.
- Moldovan, A. R., & David, D. (2011). Effect of obesity treatments on eating behavior: Psychosocial interventions versus surgical interventions: A systematic review. *Eating Behaviors*, 12(3), 161–167.
- Molerio, O., & García, G. (2004). Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial. *Revista de Psicología*, 13(2), 101-109.

- National Institute of Occupational Health, NIOSH. (1998): Stress at work. Cincinnati: EEUU.
 Recuperado de <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/pdfs/99-101.pdf>
- Nigatu, Y., Reijneveld, S., Penninx, B., Schoevers, R., & Bültmann, U. (2015). The longitudinal joint effect of obesity and major depression on work performance impairment. *American Journal of Public Health, 105* (5), 80-86.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion Journal, 13* (4), 113-127.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: Suiza. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- Peiró, J.M., & Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo, 29*, 68-82.
- Podsakoff, N. P., Lepine, J. A., & Lepine, M. A. (2007). Differential challenge stressor-hindrance stressor relationships with job attitudes, turnover intentions, turnover, and withdrawal behavior: A metaanalysis. *Journal of Applied Psychology, 92*, 438-454.
- Rodríguez, I. (23 de febrero del 2016). Incapacidades por trastornos mentales suman 39.000 cada año. La Nación. Recuperado de http://www.nacion.com/m/vivir/psicologia/Incapacidadespor-trastornos-mentales-suman-ano_0_1544645542.html
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa K, Zubaid, M., Almahmeed, W.A... Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet, 364*, 953-62.
- Sailaxmi, G., y Lalitha, K. (2015). Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients. *Asian Journal of Psychiatry, 14*, 42-45.
- Sapolsky, R. (2009). *Why zebras don't get ulcers*. Nueva York: Macmillan.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería, 9*, 9-21.
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin, 130*, 601-630.

- Segredo, A. M., García, A.J., Lopez, P., León, P., y Perdomo, I. (2015). Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. *Revista Cubana Salud Pública*, 41(1), 115-129.
- Silberstein, S.D. (2004). Migraine pathophysiology and its clinical implications. *Cephalalgia*, 24(2), 2-7.
- Shleifer, L. M., Law, R., & Spalding, T. W. (2002). A hyperventilation theory of job stress and musculoskeletal disorders. *American Journal of Industrial Medicine*, 41(5), 298–314.
- Urzúa, M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 138, 358-365
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Gómez, A., & Montoya, L. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Revista diversitas-perspectivas en psicología*, 3(2), 203-211.
- WHOQOLGroup. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment WHOQOL. Position paper from the World Health Organization. *SocSciMed*, 41, 1403-1409.
- WHOQOLGroup. (1998). The world health organization quality of Life assessment (whoqol): development and General psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46(12), 1569-1585.

Anexos:

Anexo 1

Planeamiento inicial del taller: Cronograma.

Sesión	Técnica	Actividad
1		<p>-Encuadre de los talleres a realizar.</p> <p>-Explicación de los cuestionarios que se les entregará. Y evacuación de dudas acerca de estos.</p> <p>-Aplicación de la evaluación pre-tratamiento por parte de la supervisora.</p>
2	Reestructuración Cognitiva	<p>-Psicoeducación: relación de las emociones y hábitos con enfermedad. Y relación entre emociones, conductas y lo social.</p>
3	Reestructuración Cognitiva	<p>-Psicoeducación: Pensamientos automáticos y distorsionados.</p> <p>-Ejemplos de pensamientos automáticos.</p> <p>-Entrega, explicación y ejemplificación de los autorregistros.</p>
4	Reestructuración Cognitiva	<p>-Enseñar cómo se evalúan los pensamientos.</p> <p>-Realizar con ejemplos utilizando los pensamientos registrados en los autorregistros.</p> <p>-Modificar pensamientos de los autorregistros.</p>

		-Entregar autorregistro de la semana.
5	Reestructuración Cognitiva	-Enseñar a modificar los pensamientos. -Practicar lo aprendido mediante la conformación de parejas que practiquen y se retroalimenten entre ellas. -Entregar autorregistro de la semana.
6	Reestructuración Cognitiva	-Ejemplificar la adquisición de estrategias más adaptativas después del debate de pensamientos. -Entrega del último autorregistro de reestructuración cognitiva.
7	Control de la activación	-Psicoeducación: la activación fisiológica con el estrés. -Aplicación de la relajación autógena. -Explicar que cada día durante una semana deben hacer la relajación. Para esto se les entregará un CD con la relajación y sus instrucciones grabadas.
8	Entrenamiento en habilidades sociales	-Psicoeducación: habilidades para recibir críticas, ser asertivo, desactivación de la agresividad, decir que no, defensa de derechos etc. -Grupalmente pensar en

		<p>ejemplos de situaciones en donde les hubiera gustado reaccionar mejor.</p> <p>-Entregar autorregistro para que registren situaciones durante la semana en donde les hubiera gustado reaccionar mejor.</p>
9	Entrenamiento en habilidades sociales	<p>-Realizar ensayos conductuales de ellos reaccionando de manera asertiva para las situaciones de los autorregistros.</p> <p>-Modelado.</p> <p>Juego de roles.</p> <p>-Entrega de autorregistros para que describan la situación y la después ya sea asertiva o no asertiva.</p>
10	Adquisición de hábitos de vida saludables: Deporte	<p>-Charla informativa de José Moncada, profesional en Ciencias del Movimiento UCR.</p> <p>-Creación individual y supervisada de metas progresivas para combatir el sedentarismo.</p>
11	Adquisición de hábitos de vida saludables: Nutrición	<p>-Charla informativa de Priscila Jaikel estudiante de nutrición.</p> <p>- Creación individual y supervisada de metas progresivas para comer de una manera saludable.</p>
12	Prevención de recaídas	<p>-Repaso de lo aprendido.</p> <p>-Que entiendan que tienen el</p>

		control de su salud. -Que sean proactivos con su salud.
--	--	--

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, una pregunta podría ser:

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Cuánto le ha preocupado su salud?	1	2	3	4	5

Usted debe encerrar el número que mejor describa cuánto le ha preocupado su salud en las dos últimas semanas. De esta manera, si su salud le ha preocupado completamente, encierre el número 5. Por el contrario, si su salud no le ha preocupado nada en absoluto, encierre el número 1.

Por favor, lea cada pregunta, identifique sus sentimientos y encierre con un círculo, sólo un número para cada pregunta, el que corresponda a la palabra que mejor lo describa, la que mejor se ajuste a sus sentimientos, experiencias, gustos o preocupaciones.

Ahora puede comenzar:

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado ciertas situaciones en las dos últimas semanas; por ejemplo, sentimientos positivos de felicidad o bienestar. Si ha experimentado algunas de estas sensaciones completamente, encierre con un círculo el número 5, que corresponde a la palabra «Completamente». Si no ha tenido esa experiencia, encierre con un círculo el número 1, que corresponde a la palabra «Nada». Si su respuesta es intermedia, elija la palabra que mejor lo describa y encierre con un círculo el número que corresponda. Recuerde, por favor, que las respuestas se refieren a las **dos últimas semanas**.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 1.2 ¿Cuánto le preocupa tener algún dolor o malestar?	1	2	3	4	5
F 1.3 ¿Hasta qué punto es difícil para usted manejar su dolor o malestar?	1	2	3	4	5
F 1.4 ¿En qué medida siente que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
F 2.2 ¿Con qué facilidad se cansa?	1	2	3	4	5
F 2.4 ¿Cuánto le molesta sentirse fatigado?	1	2	3	4	5
F 3.2 ¿Tiene dificultades para dormir?	1	2	3	4	5
F 3.4 ¿Cuánto le preocupan los problemas para dormir?	1	2	3	4	5
F 4.1 ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
F 4.3 ¿Hasta qué punto es optimista respecto al futuro?	1	2	3	4	5
F 4.4 ¿Cuántos sentimientos positivos experimenta en su vida?	1	2	3	4	5
F 5.3 ¿Cuánta es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
F 6.1 ¿Cuánto se valora a sí mismo?	1	2	3	4	5
F 6.2 ¿Cuánta confianza tiene en sí mismo?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 7.2	¿Cuán inhibido se siente por su apariencia física?	1	2	3	4	5
F 7.3	¿Cuánto le incomoda algún aspecto de su apariencia?	1	2	3	4	5
F 8.2	¿Cuán preocupado se siente?	1	2	3	4	5
F 8.3	¿Cuánto interfieren en su vida diaria los sentimientos de tristeza o depresión?	1	2	3	4	5
F 8.4	¿Cuánto le molesta algún sentimiento de depresión?	1	2	3	4	5
F 10.2	¿En qué medida tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 10.4	¿Cuánto le molesta cualquier limitación para desarrollar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 11.2	¿Qué dosis necesita de algún medicamento para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 11.3	¿En qué medida necesita de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 11.4	¿En qué medida depende su calidad de vida del uso de medicamentos o de atención médica?	1	2	3	4	5
F 13.1	¿Hasta qué punto se siente solo?	1	2	3	4	5
F 15.2	¿En qué medida se satisfacen sus necesidades sexuales?	1	2	3	4	5
F 15.4	¿Cuánto le molesta cualquier dificultad en su vida sexual?	1	2	3	4	5
F 16.1	¿Hasta qué punto se siente seguro en su vida diaria?	1	2	3	4	5
F 16.2	¿En qué medida siente seguro el ambiente en que vive?	1	2	3	4	5
F 16.3	¿Cuánto le preocupa su tranquilidad y seguridad?	1	2	3	4	5
F 17.1	¿Cómo es de comfortable el lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F 17.4	¿Cuánto le gusta el lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F 18.2	¿En qué medida tiene dificultades económicas?	1	2	3	4	5
F 18.4	¿Cuánto le preocupa el dinero?	1	2	3	4	5
F 19.1	¿Con qué facilidad puede obtener buena atención médica?	1	2	3	4	5
F 21.3	¿Cuánto disfruta de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
F 22.1	¿Cómo de saludable es el medio ambiente en el que vive?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 22.2	¿Cuánto le preocupa el ruido del área donde vive?	1	2	3	4	5
F 23.2	¿En qué medida tiene problemas con el transporte?	1	2	3	4	5
F 23.4	¿Cuánto limitan su vida las dificultades con el transporte?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que experimenta o ha sido capaz de hacer algunas cosas en las dos últimas semanas, por ejemplo las actividades de la vida diaria, tales como lavarse, vestirse o comer. Si ha sido capaz de hacer esas cosas «Completamente», encierre el número 5. Si no ha podido hacerlas, encierre el número 1, que corresponde a «Nada». Si su respuesta es intermedia, encierre el número que mejor lo describa. Recuerde por favor que las preguntas se refieren a las **dos últimas semanas**.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 2.1	¿En qué medida tiene suficiente energía para la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 7.1	¿En qué medida es capaz de aceptar su apariencia personal?	1	2	3	4	5
F 10.1	¿En qué medida es capaz de desarrollar sus actividades diarias?	1	2	3	4	5
F 11.1	¿Cuánto depende de los medicamentos?	1	2	3	4	5
F 14.1	¿En qué medida obtiene de las demás personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5
F 14.2	¿En qué medida puede contar con sus amigos cuando los necesita?	1	2	3	4	5
F 17.2	¿En qué medida la calidad de su casa satisface sus necesidades?	1	2	3	4	5
F 18.1	¿En qué medida tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?	1	2	3	4	5
F 20.1	¿En qué medida dispone de la información que necesita para la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 20.2	¿En qué medida tiene oportunidades de obtener la información que siente que necesita?	1	2	3	4	5
F 21.1	¿En qué medida tiene oportunidades de realizar actividades recreativas?	1	2	3	4	5
F 21.2	¿En qué medida es capaz de relajarse y disfrutar de la vida?	1	2	3	4	5
F 23.1	¿En qué medida dispone de medios de transporte adecuados?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al grado de satisfacción o agrado que ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas. Por ejemplo, acerca de su vida familiar o su energía. Decida en qué medida está satisfecho o insatisfecho con cada aspecto de su vida y encierre el número que mejor describa cómo se siente. Recuerde por favor que las preguntas se refieren a las **dos últimas semanas**.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
G 2	¿Cuán satisfecho está con la calidad de su vida?	1	2	3	4	5
G 3	¿En general, cuán satisfecho está con su vida?	1	2	3	4	5
G 4	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
F 2.3	¿Cuán satisfecho está con la energía que tiene?	1	2	3	4	5
F 3.3	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
F 5.2	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para aprender nueva información?	1	2	3	4	5
F 5.4	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para tomar decisiones?	1	2	3	4	5
F 6.3	¿Cuán satisfecho está con sí mismo?	1	2	3	4	5
F 6.4	¿Cuán satisfecho está con sus habilidades?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
F 7.4	¿Cuán satisfecho está con su apariencia personal?	1	2	3	4	5
F 10.3	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 13.3	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
F 15.3	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
F 14.3	¿Cuán satisfecho está con el apoyo de su familia?	1	2	3	4	5
F 14.4	¿Cuán satisfecho está con el apoyo de sus amigos?	1	2	3	4	5
F 13.4	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de dar apoyo a otros?	1	2	3	4	5
F 16.4	¿Cuán satisfecho está con su seguridad física?	1	2	3	4	5
F 17.3	¿Cuán satisfecho está con las características del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F 18.3	¿Cuán satisfecho está con su situación económica?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
F 19.3	¿Cuán satisfecho está con los servicios de salud?	1	2	3	4	5
F 19.4	¿Cuán satisfecho está con los servicios de asistencia social?	1	2	3	4	5
F 20.3	¿Cuán satisfecho está con sus oportunidades para adquirir nuevas habilidades?	1	2	3	4	5
F 20.4	¿Cuán satisfecho está con sus oportunidades para aprender nueva información?	1	2	3	4	5
F 21.4	¿Cuán satisfecho está con la forma en que pasa su tiempo libre?	1	2	3	4	5
F 22.3	¿Cuán satisfecho está con su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5
F 22.4	¿Cuán satisfecho está con el clima del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F 23.3	¿Cuán satisfecho está con el transporte?	1	2	3	4	5
F 13.2	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones familiares?	1	2	3	4	5

		Muy mala	Mal	Regular	Buena	Muy buena
G 1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
F 15.1	¿Cómo calificaría su vida sexual?	1	2	3	4	5
F 3.1	¿Cómo calificaría la forma en que duerme?	1	2	3	4	5
F 5.1	¿Cómo calificaría su memoria?	1	2	3	4	5
F 19.2	¿Cómo calificaría la calidad de los servicios de asistencia social que tiene a su disposición?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la frecuencia con la que ha sentido o experimentado alguna situación, por ejemplo, el apoyo de su familia y amigos, o experiencias negativas tales como sentirse inseguro. Si alguna de estas situaciones «Nunca» las ha experimentado, encierre el número 1. Por el contrario, si las ha sentido, piense con qué frecuencia las ha experimentado y encierre el número que mejor lo describa. Por ejemplo, si ha sentido dolor todo el tiempo, en las dos últimas semanas, encierre el número 5, que corresponde a la palabra «Siempre». Recuerde por favor que las preguntas se refieren a las dos últimas semanas.

		Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
F 1.1	¿Con qué frecuencia sufre dolor físico?	1	2	3	4	5
F 4.2	¿Generalmente, se siente contento?	1	2	3	4	5
F 8.1	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tipo de trabajo que haga. «Trabajo» significa la actividad principal que realiza. Esto incluye trabajo voluntario, estudios, tareas domésticas, cuidar a los niños o cualquier trabajo, pagado o no pagado. Por lo tanto «trabajo», tal como aquí se usa, significa aquellas actividades que usted siente que ocupan la mayor parte de su tiempo y energía. Recuerde por favor que las preguntas se refieren a las **dos últimas semanas**.

		Nada	Un poco	Moderada- mente	Bastante	Completamente
F 12.1	¿Cuánto es capaz de trabajar?	1	2	3	4	5
F 12.2	¿Cuán capaz se siente para realizar su trabajo?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
F 12.4	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
F 12.3	¿Cómo calificaría su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la capacidad de desplazarse o de movilidad en las dos últimas semanas. Esto se refiere a su capacidad física para moverse y poder hacer las cosas que quiere o necesita. Por favor, recuerde que las preguntas se refieren a las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderada- mente	Bastante	Completamente
F 9.1	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
F 9.3	¿Cuánto le molesta cualquier dificultad para moverse?	1	2	3	4	5
F 9.4	¿En qué medida afecta a su manera de vivir cualquier dificultad para moverse?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
F 9.2	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para desplazarse?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a sus creencias personales y a cómo afectan a su calidad de vida, así como a su religión, espiritualidad y otras creencias personales que usted pueda tener.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completa- mente
F 24.1	¿En qué medida sus creencias personales dan sentido a su vida?	1	2	3	4	5
F 24.2	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
F 24.3	¿En qué medida sus creencias personales le dan fuerza para afrontar las dificultades?	1	2	3	4	5
F 24.4	¿En qué medida sus creencias personales le ayudan a entender las dificultades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

¿Le ayudó alguien a usted a llenar este formulario? _____ ¿Quién? _____

¿Cuánto tiempo le llevó completar este formulario? _____

¿Tiene algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA

Anexo 3

CUESTIONARIO SOBRE ESTRES (SOLANO-BEAUREGARD)

El objetivo de este cuestionario es determinar qué parte de su cuerpo es más susceptible o vulnerable a la tensión emocional.

LEA CON ATENCION LO SIGUIENTE

En el cuestionario se presentan una serie de expresiones que comúnmente son utilizadas por las personas para indicar cómo se sienten.

Usted debe marcar con una "X" el espacio de SI o NO, dentro de la hoja de respuestas según sea su caso y de acuerdo a como se sentido últimamente

ES IMPORTANTE QUE NO DEJE NINGUNA ORACION O PREGUNTA SIN CONTESTAR.

No utilice mucho tiempo en cada pregunta al momento de responder.

No hay contestaciones buenas o malas.

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN O UTILIZACIÓN SIN EL CONSENTIMIENTO CORRESPONDIENTE POR PARTE DEL AUTOR.

--	--

	ORACION O PREGUNTA
1)	Ha sentido calambres en el cuerpo.
2)	Ha sentido molestias estomacales (sensación de vacío, dolor, gases, ardor)
3)	Al despertar siente tensa la cara o la mandíbula.
4)	Ha notado sequedad en la boca.
5)	Ha sentido usted jaqueca o dolor de cabeza últimamente
6)	Ha Sentido debilidad en las rodillas al caminar (se le doblan las piernas).
7)	Ha tenido dificultad, sin causa aparente, para hablar o pronunciar palabras.
8)	Ha sentido que las cosas que hace son difíciles o complicadas últimamente
9)	A pesar de que oye bien, necesita que le repitan las cosas.
10)	Sin hacer ejercicio físico, suda más de lo normal.
11)	Ha sentido últimamente dolores musculares (espalda, cuello, piernas, pecho)
12)	Ha sentido dificultad para concentrarse en lo que hace.
13)	Se le dificulta relajarse o estar tranquilo (a).
14)	Se le interrumpen las ideas o pensamientos fácilmente.
15)	Siente que puede hacer las cosas, siempre y cuando usted tenga el control.
16)	Ha tenido la sensación, sin causa alguna, de inquietud o desasosiego.
17)	Ha sentido que se le olvidan las cosas, como recordar fechas, nombres, actividades.
18)	Ha sentido molestias en el pecho (opresión, dolor, dificultad al respirar)
19)	Ha notado que le faltan las ideas más que antes.
20)	Ha tenido sensaciones de miedo o susto si causa aparente últimamente
21)	Ha sentido palpitaciones fuertes en el corazón.
22)	Se cansa más fácilmente que antes.
23)	Se le dificulta caminar o hacer ejercicio.
24)	Le falta el apetito o siente desgano por la comida.
25)	Se ruboriza o "chilla" con más facilidad ahora que antes.
26)	Ha sentido ardor en el estómago.

27)	Siente que pierde el hilo de las conversaciones ahora más que antes.
28)	Le brincan los músculos del pecho.
29)	Tiene la presión alta.
30)	Ha tenido temblor en los párpados.
31)	Padece de estreñimiento o de deposiciones muy espaciadas.
32)	Ha estado de mal humor o muy irritable.
33)	Tiene ideas o pensamientos que lo (la) perturban o molestan.
34)	Siente ganas de ir al baño más de lo normal.
35)	Le falta la respiración o siente una sensación de ahogo.
36)	Ha sentido, sin ninguna causa, adormecimiento en los brazos o manos.
37)	Se asusta con regularidad.
38)	Ha sentido dolor en espalda o cuello.
39)	Ha tenido sensación de escalofríos súbitos.

40)	Tiene ideas que no se apartan de su mente (preocupaciones molestas)
41)	Le sudan, más de lo normal, las manos o los pies.
42)	Ha sentido que se le paralizan partes del cuerpo.
43)	Se distrae fácilmente.
44)	Se le inflaman las manos o pies.
45)	Se despierta durante la noche (insomnio)
46)	Ha sentido dolor de cabeza.
47)	Piensa, antes de dormirse, en una misma cosa.
48)	Siente temor a algo sin saber por qué.
49)	Piensa mucho las cosas antes de hacerlas.
50)	Se despierta cansado (a) o fatigado (a).
51)	Le cuesta concentrarse en lo que hace.

HOJA DE RESPUESTAS

LUGAR DE LA PRUEBA: _____ FECHA: _____

LUGAR DE RESIDENCIA: _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ EDAD: _____

CATEGORIA DEL PUESTO: _____

NUMERO DE HIJOS: _____ TIEMPO DE TRABAJAR PARA LA INSTITUCIÓN: _____

NIVEL EDUCATIVO: _____

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1			21			41		
2			22			42		
3			23			43		
4			24			44		
5			25			45		
6			26			46		
7			27			47		
8			28			48		
9			29			49		

10			30			50		
11			31			51		
12			32			52		
13			33			53		
14			34			54		
15			35			55		
16			36			56		
17			37			57		
18			38			58		
19			39			59		
20			40			60		

FRECUENCIA DE RESPUESTAS MARCADAS CON SI, POR CATEGORIA

MOTOR

COGNITIVO
CONDUCTUAL

NEURO
VEGETATIVO

HOJA DE CORRECCION DEL INSTRUMENTO

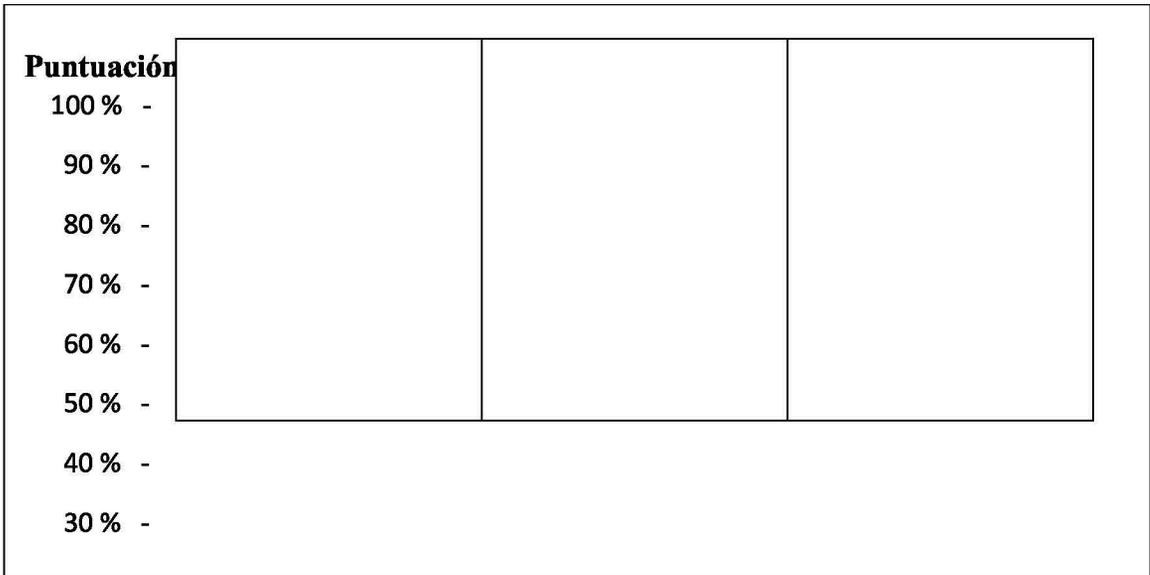
1	3	5	6	7	8	9	12	14	15	2	4	10	16	18
11	13	22	23	28	17	19	20	27	32	21	24	25	26	29
30	38	42	44	50	33	37	40	43	47	31	34	35	36	39
52	55	58	59	60	48	49	51	53	56	41	45	46	54	57
MOTOR					COGNITIVO-CONDUCTUAL					NEURO-VEGETATIVO				
TOTAL					TOTAL									

PUNTUACION

	PTS.	%
MOTOR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COGNITIVO-CONDUCTUAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
:NEURO-VEGETATIVO	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<p>20 PTS. = 100 %</p> <p>1 PT. = X</p>

REPRESENTACION DE CATEGORIAS DE ESTRES





UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-0000

Sede Central

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para participar en intervención)

Estrategias de manejo del estrés y adquisición de hábitos de vida saludables para la mejora en la calidad de vida de los empleados de un centro de servicios compartidos de una multinacional.

Nombre del Investigador Principal: Viviana Mora Rodríguez.

Nombre del participante: _____

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El presente proyecto consiste en realizar una intervención psicológica en donde se implementen estrategias para la prevención de la enfermedad enfocadas en el manejo del estrés y fortalecimiento de hábitos de vida saludables para mejorar la calidad de vida en un grupo de empleados de la empresa Procter and Gamble. Esta intervención forma parte de la práctica para optar por el grado de licenciatura en la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica. La misma será dirigida por la Bach. en Psicología Viviana Mora Rodríguez.
- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Como parte del proceso de intervención se conformará un grupo terapéutico integrado por personas interesadas en controlar su estrés y mejorar su calidad de vida. Se realizará una sesión en modalidad de taller de frecuencia semanal, con una duración de aproximadamente una hora y media o dos horas, con un total de 12 sesiones.

Al firmar esta fórmula, los participantes se comprometen a asistir a cada una de las sesiones, además deberá completar (antes y después del tratamiento) una serie de cuestionarios, que especifican datos necesarios para la terapeuta y el debido desarrollo de la terapia.

RIESGOS:

1. La participación en este estudio no implica ningún tipo de riesgo para su persona.

- C. **BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será poder contar con diferentes estrategias psicológicas para afrontar el estrés que afecta tanto su salud como su vida laboral y personal. Del mismo modo tendrá la oportunidad de implementar estilos de vida más saludables.
- D. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Viviana Mora Rodríguez y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Viviana Mora al teléfono 88153578. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Y si desea más información acerca de este proyecto de tesis puede comunicarse al 25113060 con Ana María Jurado.
- E. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para uso personal.
- F. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte su trabajo.
- G. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- H. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Anexo 5

Contrato para el Programa de Control del Estrés y Mejora de Hábitos de Vida Saludables

La participación en este taller es voluntaria, sin embargo, al acceder a ser parte de este se debe cumplir con reglas orientadas a mantener el orden y el respeto dentro del grupo. Así mismo, los participantes deberán comprometerse a realizar un esfuerzo para tomar el control de su salud y no dejar que lo aprendido se quede sin ser practicado. Por lo tanto, las reglas serán las siguientes:

- ❖ Confidencialidad dentro del grupo: Las experiencias y relatos de sus compañeros comentados dentro de este espacio no serán divulgados a personas ajenas a este grupo.
- ❖ Se puede debatir pero se debe respetar lo que los demás compañeros dicen: Dentro de este taller nadie será juzgado por sus acciones o comentarios, si no se está de acuerdo con algo es permitido debatir con argumentos y respeto. Respetar es, por ejemplo, opinar acerca de la situación de un compañero en primera persona: “yo creo”, “yo pienso” en lugar de “usted es” o “lo que usted está diciendo es una tontera”.
- ❖ Realizar las tareas que se asignen para la casa: A partir de lo aprendido se les solicitará que realicen tareas fuera del taller que son completamente necesarias e importantes para lograr los objetivos finales.
- ❖ Practicar lo aprendido fuera de este taller.
- ❖ Apoyar a mis compañeros: Los participantes conformarán no solo un grupo de trabajo sino que también de apoyo en el cual se necesita que entre todos se ayuden a cumplir con las tareas y practicar lo comentado dentro del taller.
- ❖ Cumplir con el horario establecido.

¿Algo más por agregar?

Yo, _____ por medio de este contrato me comprometo a seguir las reglas anteriormente citadas hasta donde me sea posible.

Firma:

Anexo 6

Situación	Pensamiento Automático	Emoción
¿Qué cadena de situaciones reales, ensueños o recuerdos?	¿Qué imágenes o pensamientos pasaron por su mente? ¿En qué medida creyó cada uno de ellos en ese momento?	¿Qué emoción sintió? ¿Qué intensidad tenía cada emoción? (0-100)

Anexo 7

Situación	Pensamiento Automático	Emoción	Debate de Pensamiento	Pensamiento Alternativo	Emoción después del pensamiento alternativo
¿Qué cadena de situaciones reales, ensañaciones o recuerdos?	¿Qué imágenes o pensamientos pasaron por su mente? ¿En qué medida creyó cada uno de ellos en ese momento?	¿Qué emoción sintió? ¿Qué intensidad tenía cada emoción? (0-100)	¿Es razonable, por qué si o no? Evidencias a favor y en contra. ¿Cuál es una mejor manera de ver esta situación?	Nueva interpretación de la situación. Cambiamos el pensamiento inicial.	¿Qué emociones siente ahora? ¿Han cambiado en algo a las del principio? ¿Qué intensidad tienen cada una?

Anexo 8

Distorsiones cognitivas (errores en la manera de pensar):

1. **Pensamiento de todo o nada:** Se ve una situación en dos únicas categorías: completamente buena o completamente mala.
Ej: “Si no hago un excelente trabajo soy un fracaso”.
2. **Pensamiento catastrófico:** Predicción de un futuro negativo sin tomar en cuenta resultados más realistas. Se exagera a lo negativo una situación.
Ej: “Voy a estar tan molesto que no voy a poder hacer nada productivo”.
3. **Descalificar o descontar lo positivo:** La persona la persona se dice a sí misma que las experiencias, situaciones, atributos o cualidades positivas no cuentan.
Ej: “Ese proyecto me salió bien pero eso no significa que soy bueno en esto, lo que pasó fue que tuve mucha suerte”.
4. **Razonamiento Emocional:** Piensas que algo es real porque lo “sientes” o tienes una corazonada ignorando la evidencia contraria.
Ej: “Sé que me ha ido muy bien en las terapias grupales pero siento que nunca voy a mejorar”.
5. **Etiquetar:** Poner una etiqueta en uno mismo o en los demás sin considerar evidencia que indica que esa etiqueta no es verdadera.
Ej: “Soy una perdedora”.
6. **Magnificación/ minimización:** Cuando la persona se evalúa a sí misma, a alguna otra persona o situación lo negativo y minimiza lo positivo.
Ej: “Hacer las cosas bien es sólo mí trabajo, si cometo algún error significa que son inadecuada para este trabajo”.
7. **Filtro Mental:** Se le presta mucha atención a los detalles negativos de una situación y no se ve la situación completa.
Ej: La persona fue evaluada como deficiente en un aspecto de su trabajo pero en el resto le fue bastante bien. “Estoy haciendo un mal trabajo”
8. **Lectura mental:** La persona piensa que sabe lo que los demás están pensando sin considerar otras posibilidades.
Ej: “Ya no voy al gym porque siento que los demás cuando me ven me juzgan por mí sobrepeso”.
9. **Sobregeneralización:** Se hace una conclusión negativa generalizada que va más allá de la situación presente.
Ej: (dos hombres le han sido infieles) “todos los hombres son iguales”.
10. **Personalización:** Pensar que los otros se están comportando de una manera negativa por su culpa o por usted sin ver explicaciones más racionales.
Ej: el jefe no lo saludó. “Está enojado conmigo, le caigo super mal”. (En realidad el jefe siempre anda de mal humor).
11. **Los “deberías”:** Se tienen expectativas precisas de cómo usted y los demás deben comportarse y si estas expectativas no se cumplen esto se valora como algo muy negativo.

Ej: “A esta edad ya debería estar casada”.

12. **Visión de túnel:** Sólo se ven los aspectos negativos de una situación.

Ej: “Una visita a mis papás es horrible, son críticos y molestos”.

1. Del 0% al 100% qué tan mal se siente por este pensamiento?
2. ¿Qué evidencia apoya a este pensamiento?
¿Qué evidencia tiene en contra de este pensamiento?
3. ¿Existe alguna explicación alternativa para este pensamiento o puede ver esta situación desde un punto de vista diferente?
4. ¿Qué es lo peor que podría pasar? (si es que ya no está pensando lo peor).
Si esto pasara, ¿cómo se enfrentarías a esta situación?
¿Estaría bien?
¿Qué sería lo mejor que puede suceder?
¿Cuál es el resultado más realista?
5. ¿Cuál es el efecto de que se crea este pensamiento (efectos emocionales, conductuales, físicos)?
¿Cuál sería el efecto de cambiar su pensamiento?
6. ¿Qué le diría a un miembro de su familia si esta persona estuviera pasando por la misma situación?
7. ¿Qué debería hacer? (Para cuando el pensamiento es real, hay que hacer un plan de solución al problema).
8. Del 0% al 100% qué tan mal se sigue sintiendo por este pensamiento?

Anexo 9

Hábitos Deportivos	Hábitos Alimenticios
Horario:	Primera meta:
Primera meta:	Segunda meta:
Segunda meta:	Tercera meta:
Tercera meta:	Cuarta meta:

- Primeros pasos deben ser pequeños.
- Refuercen sus pequeños logros (prémiense).
- No minimicen sus logros.