

UNIVERSIDAD NACIONAL  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRIA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO  
FACULTAD EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA CIENCIAS DEL DEPORTE

**ANÁLISIS DE VARIABLES PSICOSOCIALES  
INVOLUCRADAS EN LA PARTICIPACIÓN Y NO  
PARTICIPACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN  
DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL PERSONAL  
DE UNA ORGANIZACIÓN**

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en  
Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud, para optar por el título de  
Magíster Scientiae

**Alejandra Delgado Salas**

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2010

**ANÁLISIS DE VARIABLES PSICOSOCIALES INVOLUCRADAS EN LA  
PARTICIPACIÓN Y NO PARTICIPACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN  
DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL PERSONAL DE UNA  
ORGANIZACIÓN**

**ALEJANDRA DELGADO SALAS**

**Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en  
Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud, para optar por el título de  
Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios  
de Posgrado de la Universidad Nacional.**

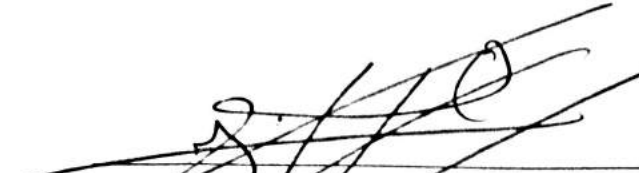
**Heredia, Costa Rica**

Miembros del Tribunal Examinador



Dra. Marta Ávila Aguilar

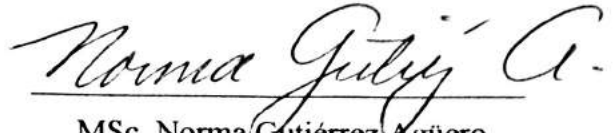
Representante del Consejo Central de Posgrado



MSc. Jorge Salas Cabrera

Director de la Maestría en Salud Integral

y Movimiento Humano



MSc. Norma Gutiérrez Agüero

Tutora



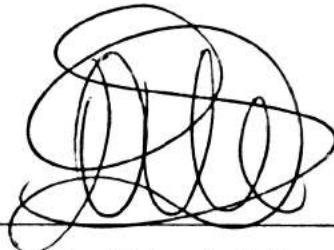
MSc. Andrea María Mora Campos

Asesora



MSc. Luis Blanco Romero

Asesor



Alejandra Delgado Salas

Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud, para optar por el título de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica

## ÍNDICE

|                                                              |      |
|--------------------------------------------------------------|------|
| Índice.....                                                  | IV   |
| Índice de Tablas.....                                        | VI   |
| Índice de Gráficos.....                                      | VII  |
| Resumen.....                                                 | VIII |
| Descriptores.....                                            | IX   |
| Dedicatoria.....                                             | X    |
| Agradecimiento.....                                          | XI   |
| <b>Capítulo I</b>                                            |      |
| Introducción.....                                            | 01   |
| Planteamiento y Delimitación del Problema.....               | 01   |
| Justificación.....                                           | 03   |
| Objetivo general.....                                        | 11   |
| Objetivos específicos.....                                   | 11   |
| Conceptos claves.....                                        | 11   |
| <b>Capítulo II</b>                                           |      |
| Marco conceptual.....                                        | 16   |
| Contextualización y antecedentes.....                        | 16   |
| Salud y calidad de vida.....                                 | 22   |
| Salud, trabajo y aspectos psicosociales.....                 | 27   |
| Beneficios del ejercicio físico.....                         | 31   |
| Factores motivacionales y ejercicio físico.....              | 36   |
| Teorías sobre motivación.....                                | 42   |
| <i>Teoría de la Jerarquía de las Necesidades de Maslow..</i> | 42   |
| <i>Teoría X-Y de Mc Gregor (1960).....</i>                   | 46   |

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Teoría Biofactorial de Herzberg (1959).....</i>                              | 47  |
| <i>Teorías de las Motivaciones Sociales de McClelland.....</i>                  | 48  |
| <i>Teoría ERG de Alderfer (1969-1972).....</i>                                  | 49  |
| Motivación Intrínseca.....                                                      | 51  |
| Motivación Extrínseca.....                                                      | 52  |
| Elementos que favorecen la motivación.....                                      | 53  |
| Prácticas de actividad física y ejercicio físico en<br>ambientes laborales..... | 56  |
| <b>Capítulo III</b>                                                             |     |
| Metodología.....                                                                | 65  |
| Sujetos.....                                                                    | 66  |
| Instrumentos y materiales.....                                                  | 66  |
| Procedimiento.....                                                              | 68  |
| Análisis de datos.....                                                          | 68  |
| <b>Capítulo IV</b>                                                              |     |
| Resultados.....                                                                 | 70  |
| <b>Capítulo V</b>                                                               |     |
| Discusión.....                                                                  | 82  |
| <b>Capítulo VI</b>                                                              |     |
| Conclusiones.....                                                               | 88  |
| <b>Capítulo VII</b>                                                             |     |
| Recomendaciones.....                                                            | 90  |
| Bibliografía.....                                                               | 91  |
| Anexos.....                                                                     | 102 |

## INDICE DE TABLAS

|                                                                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Beneficios psicológicos del ejercicio físico en población clínica y no clínica.....                                                                     | 35 |
| Tabla 2. Descripción para las principales razones por las que los sujetos si participaron del programa de ejercicio físico (n=15).....                           | 75 |
| Tabla 3. Descripción para las principales razones por las que los sujetos no participaron del programa de ejercicio físico (n=15).....                           | 76 |
| Tabla 4. Descripción para las acciones que puso en práctica el personal que participó y no participó del programa a partir de la información recibida (n=30).... | 77 |
| Tabla 5. Descripción para los cambios en el estilo de vida y que hoy día mantiene el personal que participó y no participó del programa (n=30).....              | 79 |

## INDICE DE GRÁFICOS

|                                                                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1. Total de la muestra seleccionada según el sexo.....                                                                                            | 70 |
| Gráfico 2. Comparación de las valoraciones de condición de salud en los sujetos que participaron y quienes no participaron en el programa (n = 30).....   | 71 |
| Gráfico 3. Comparación de los indicadores alterados en los sujetos que participaron en el programa y quienes no lo hicieron (n = 27).....                 | 72 |
| Gráfico 4. Medios por los cuales los sujetos se enteraron que en su lugar de trabajo se realizó el programa de salud.....                                 | 73 |
| Gráfico 5. Principales razones por las cuales los sujetos no asistieron a las sesiones socioeducativas semanales (n = 15).....                            | 73 |
| Gráfico 6. Comparación de la lectura de los boletines informativos entre los sujetos que participaron del programa y quienes no lo hicieron (n = 30)..... | 74 |
| Gráfico 7. Comparación entre los sujetos que participaron y quienes no participaron del programa que realizan ejercicio físico en este momento.....       | 80 |

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar las variables psicosociales involucradas en la participación o no participación, de un programa que promueve estilos de vida saludables, en el personal de una organización.

Se utilizaron los siguientes instrumentos: entrevista estructurada compuesta por 15 preguntas, diseñada por la investigadora y validada por el criterio de expertos. Participaron un total de 30 sujetos (16 mujeres = 53.33%) y (14 hombres = 46.66%) con una edad promedio de 39 años. De éstos 15 personas (diez mujeres, cinco hombres), fueron elegidos a conveniencia ya que participaron del programa de salud que antecedió a esta investigación el cual consistió en sesiones socioeducativas semanales, dos sesiones de ejercicio físico así como el envío de un boletín informativo vía correo electrónico, todo esto durante 16 semanas, mientras que los otros 15 sujetos (seis mujeres, nueve hombres), elegidos en forma aleatoria, no participaron del programa. Se visitaron las instalaciones de la organización y se solicitó el permiso a las jefaturas de los funcionarios y las funcionarias seleccionadas en la muestra. Una vez que se contó con su autorización, se coordinó y asistió a las unidades respectivas. Previo a la aplicación de la entrevista la investigadora se aseguró de que los sujetos participantes estuvieran de acuerdo en ser entrevistados y a su vez se les garantizó confidencialidad con relación brindada. Posteriormente, la entrevista fue aplicada directamente por la investigadora quien informó a cada sujeto sobre el objetivo de la investigación. Una vez completado el procedimiento se agradeció a cada persona por el tiempo y la información facilitada.

Las principales razones psicosociales que llevaron a las personas a participar fueron las siguientes: 1. crecimiento y mejoramiento personal y 2. área socioeconómica y socioambiental. Mientras, que el personal que no participó señaló: 1. comportamiento (aspectos meramente individuales) y 2. área socioeconómica y socioambiental (apoyo o ausencia de éste por parte de personas externas). Se concluye (en esta investigación) que el programa desarrollado produjo cambios cualitativos importantes en la salud del personal; lo cual se evidenció en las acciones que llevaron a cabo como actores protagónicos en la construcción de su salud. A su vez, es importante recalcar que para lograr mayor participación en un programa de salud es indispensable tener en cuenta los factores psicosociales y socioculturales de las personas y por ende las organizaciones.

## **DESCRIPTORES**

Organización, estilos de vida saludable, participación, ejercicio físico, componentes psicosociales (comportamiento humano, socialización, crecimiento y/o mejoramiento personal, área socioeconómica y/o socioambiental).

## **DEDICATORIA**

A todas las personas que luchamos por un estilo de vida saludable porque nuestra perseverancia y actitud nos hace ser mejores.

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias de corazón a quienes contribuyeron en este proceso de crecimiento y aprendizaje.

## **Capítulo I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **Planteamiento y Delimitación del Problema**

La salud desde el enfoque integral es definida como el producto de complejas interrelaciones entre procesos biológicos, culturales, ecológicos, ambientales y socioeconómicos, que se desarrollan en los diferentes grupos poblacionales y en la sociedad en general, y se manifiestan por medio de los modos o estilos de vida (conductas individuales, familiares y sociales) y formas de organización social (Comisión Técnica Interinstitucional. Ministerio de Salud-INAMU-CCSS, 2001).

En los últimos años, más organizaciones han tomado conciencia de lo trascendente que es invertir en la salud integral del personal, dados los resultados positivos en la calidad de vida y en el nivel laboral. Hoy día se sabe que si el recurso humano, base de cualquier organización, presenta condiciones de riesgo y menor involucramiento en actividades que conlleven al equilibrio biopsicosocial podría interferir en su desempeño laboral (Ministerio de Salud, 2007).

De esta manera, diversos estudios han dado a conocer que la actividad física regular es considerada como una de las estrategias más eficaces para prevenir las principales causas de morbilidad y mortalidad, en los países occidentales y, de mejorar la calidad de vida. Por ejemplo, el Departamento de Salud norteamericano sitúa el incremento de la actividad física como el primero de sus objetivos para el año 2010.

Esto está motivado por los importantes riesgos que conlleva la falta de actividad física para la salud individual y social (García y otros, 2007).

En Costa Rica se han realizado esfuerzos, de manera aislada, en empresas privadas como es el caso de la compañía Wrangler, la cual en el 2001 incorporó un programa de ejercicio físico no aeróbico sobre la fuerza abdominal, flexibilidad, bienestar laboral y los índices de incapacidad, ausentismo y productividad laboral (Castro, 2002). Sin embargo, no se han desarrollado investigaciones que ahonden en las razones que llevan a las personas a participar o a no hacerlo en un programa que promueve la salud en el ambiente laboral que contribuya - desde este contexto- al mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores y las trabajadoras y por ende el aumento de la producción en la organización.

Un objetivo central que tiene la salud ocupacional es prevenir de manera adecuada las enfermedades o accidentes que se pueden generar en y por el trabajo, sin embargo se centra en su mayoría en la evaluación de factores de exposición o riesgo tradicionales como son los factores físicos, químicos o biológicos y soslaya enormemente a los factores psicosociales (Juárez, 2007).

Como antecedente a esta investigación, se realizó un diagnóstico de salud integral individualizada (perfil lipídico, composición corporal, flexibilidad, resistencia cardiorrespiratoria y calidad de vida) al personal de la organización y posteriormente se desarrolló un programa denominado “Cultivando Nuestra Salud”, el cual consistió en 16 sesiones socioeducativas (una por semana). Abarcó 32 sesiones de ejercicio físico aeróbico en total (en el lugar de trabajo) debido a la jornada laboral (dos semanales) y

el envío de 16 boletines informativos (uno por semana) vía correo electrónico, dados los recursos institucionales.

Pese a facilitarse-a los trabajadores y las trabajadoras- los recursos necesarios, como el tiempo y el espacio, el programa desarrollado tuvo poca participación por lo que surge la siguiente interrogante de esta investigación:

¿Cuáles serán las principales variables psicosociales involucradas en la participación o no participación de un programa dirigido a promover estilos de vida saludables en el personal de una organización?

### **Justificación**

Actualmente los hábitos de vida de la población, especialmente de las sociedades occidentales, están en cambio constante. Los cambios socioeconómicos y culturales, y los numerosos avances tecnológicos, han traído un nuevo estilo de vida para la población (Figueiredo y Rebollo, 2003). Continúan los grandes cambios tecnológicos en los sistemas de trabajo (automatización) y los cambios del mercado (fusiones, globalización) que implican nuevas exigencias y modos de vida en los centros de trabajo, que traen como consecuencia un aumento de las cargas o presiones psicológicas y sociales para los trabajadores y las trabajadoras (Juárez, 2007).

Las personas deben rendir cada vez más eficiente y eficazmente dada la competitividad que existe en el mercado. De esta manera son varias las organizaciones que persiguen fomentar el bienestar y la salud entre el personal y las familias (Castillo,

2007) puesto que hoy día muchas personas presentan condiciones de riesgo, por ejemplo, elevaciones en el perfil lipídico que aunado a otros factores como depresión, estrés, bajos niveles de actividad física regular y falta de prácticas que promuevan el autocuidado y su calidad de vida resultan perjudiciales para la salud. Por ejemplo, cerca de un 80% de la población padece a lo largo de su vida de dolores de espalda, que llegan a generar unos costos totales en sanidad, equivalentes al 2% del Producto Interno Bruto (PIB) y se han convertido en la segunda causa de absentismo laboral. La lumbalgia provoca un 11,4 % de las bajas laborales, lo que supone unos costos para la Seguridad Social de 66 millones de euros al año (Martínez, 2006).

Sin embargo, la prevención de enfermedades cardiovasculares se ha delegado en el uso de fármacos, pese a saber sobre la importancia, la eficacia y la efectividad de un estilo de vida saludable, así, el sedentarismo y la obesidad en la edad adulta explican un tercio de las muertes prematuras y casi un 60% de las muertes cardiovasculares. En Estados Unidos se ha calculado que el riesgo de cardiopatía isquémica poblacional atribuible al sedentarismo es aproximadamente del 33%; es decir, si todas las personas fueran activas, el número de acontecimientos coronarios en ese país se reduciría un 33%. Además, un 80% de esta reducción se conseguiría si las personas totalmente sedentarias hicieran un poco de actividad física (Elosua, 2005).

España registra 23.000 bajas laborales por enfermedades cardiovasculares al año. Además se ha demostrado que el 6% de la población trabajadora presenta un riesgo cardiovascular alto, mientras que el 1% presenta un riesgo intermedio. Asimismo el 26% de los accidentes de trabajo y el 93% de las enfermedades profesionales tienen como causa los trastornos musculoesqueléticos. En ese mismo país, el 20% de las

incapacidades temporales supera los 30 días de duración y suponen la mayor parte del gasto. Los problemas de salud mental más frecuentes fueron la depresión (68%), seguido de la ansiedad (12%), los trastornos mixtos ansioso-depresivos (9%), la distimia o alteración de la afectividad (2%) y otras alteraciones de personalidad asociadas (Martínez, 2006).

En cuanto a enfermedades profesionales se refiere, la Organización Mundial de la Salud indica que, en América Latina y el Caribe, la notificación de dichas enfermedades apenas alcanza entre el 1% y el 5% de los casos, ya que, por lo general, se registran sólo aquellos casos que causan incapacidad sujeta a indemnización. Las enfermedades ocupacionales o profesionales tradicionales más reportadas en todos los países de América Latina y el Caribe son la hipoacusia ocupacional, las intoxicaciones agudas por plaguicidas y metales pesados, y las enfermedades dermatológicas y respiratorias. Las enfermedades crónicas que pueden estar asociadas con trabajo, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las osteomusculares no aparecen registradas como tales. Aunque no hay datos globales, en América Latina se estima que el costo de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales representa un gasto de entre el 3% y el 10% del Producto Bruto Interno (PBI) de los países. En el nivel centroamericano y del Caribe, los expertos alertan sobre las cifras, al considerarse que cada año, uno de cada seis trabajadores sufre un accidente de trabajo lo suficientemente severo como para buscar atención médica (Molina, 2005).

Anualmente se pierde el 4% del producto interno bruto mundial, por el costo de ausencias del trabajo, tratamiento de la enfermedad y de las incapacidades, y prestaciones de los sobrevivientes, que originan las lesiones, las muertes y las

enfermedades. Sólo este dato es 20 veces superior a toda la ayuda oficial de todos los países en desarrollo. En Costa Rica, sólo en el año 2000 se otorgaron 2.302.563 días de incapacidad por accidentes laborales, merced a 345,890 consultas (Salas, 2007).

Al respecto el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS) define a los factores psicosociales en el trabajo como “interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento”. Como ejemplos de variables psicosociales se encuentran: la carga de trabajo, las jornadas exhaustivas, los malos hábitos de trabajo, escasa utilización de habilidades, falta de reconocimiento, pobre apoyo social, supervisión estricta, entre muchos otros (Juárez, 2007).

Y es que cada uno de los funcionarios y funcionarias interviene a su vez de forma positiva o negativa en el tono emocional de los que le rodean. Así está demostrado que la actividad física evita una serie de patologías y favorece las relaciones interpersonales. De esta manera, un empleado con ciertas características personales, saludable y activo físicamente, resulta ser un trabajador con mayor productividad puesto que tiene conciencia social acerca de los beneficios de la actividad física ligada con la salud. Sin embargo, no existe una política empresarial en la que la actividad física figure como un elemento más de la vida e interacción de la empresa (Martínez, 2006).

Diversos estudios han mostrado como el nivel de forma física de los ciudadanos se correlaciona muy bien con la salud mental. La actividad física bien realizada mejora, entre otras cosas, el rendimiento académico, la personalidad, la estabilidad emocional, la memoria, la autoestima, el bienestar, la eficiencia laboral y disminuye el estrés, la agresividad, la depresión (Gutiérrez, Sarmiento y Florez, 2002). Algunas publicaciones han reportado que los programas de ejercicio físico (a nivel empresarial) promueven y protegen la salud de los trabajadores, aunado a la sensación de agrado y utilidad que reflejan los participantes (Corry, 1998).

De esta manera, se señala que una vez que las personas o grupos inician la práctica de actividad física se debe potenciar el compromiso y la motivación mediante el planteamiento de objetivos específicos que les resulten interesantes, les parezcan alcanzables y cuya consecución les sea gratificante (Ayaso y Barreiro, 2003).

Al respecto, Weinberg y Gould (1996) destacan que los ejercicios en grupo conducen a una mayor dedicación; lo anterior puesto que ofrecen diversión, respaldo social, un aumento del sentido de compromiso individual para proseguir y una oportunidad de comparar los niveles de progreso y forma física con los demás.

El trabajo grupal que puede desarrollar la disciplina de Trabajo Social como parte de sus métodos, es considerado como una de las diversas maneras a través de las cuales se pueden intervenir las situaciones que manifiesta la población meta (Molina y Romero, 2001).

Aunado a lo anterior, algunos autores señalan que los factores motivantes pueden ser de naturaleza objetiva cuando hacen referencia a la libre elección (en forma espontánea) o al consejo de familiares, amigos, médicos y profesores. Puede además ser subjetiva, cuando se relaciona con motivaciones de tipo psicológico más personales, con la mentalidad, con las expectativas y las aspiraciones (Gieri, 1998) y juegan un papel trascendental en el comportamiento de los seres humanos. Asimismo, la motivación hace referencia a las causas que determinan el comportamiento, o sea la interacción dinámica entre los estímulos derivados de las necesidades objetivas y aquellas derivadas de las solicitudes del medio ambiente (De Bellis, 1995).

Y es que resulta fundamental para profesionales en salud y movimiento humano, tener presente los principales motivos de participación de los sujetos que tienen a su cargo, con el fin de elaborar planes de trabajo ideales para que se mantengan realizándolos, orientándolos a disfrutar y estar satisfechos con su intervención y así alargar su ciclo de vida activa, evitando el abandono, aspecto tan relacionado con el sedentarismo y el riesgo de padecer enfermedades crónicas y degenerativas (Garita, 2006).

A partir de dichas concepciones, se ejecutó en una organización no gubernamental y sin fines de lucro, una intervención en salud como plan piloto que antecedió a esta investigación, cuyo objetivo principal fue la promoción de estilos de vida saludables. Para ello se facilitó el espacio y la incorporación de los empleados y empleadas al programa, quienes contaron con la anuencia de sus directivos. Sin embargo no lograron tener continuidad en las actividades planteadas pese a haberse efectuado una devolución grupal de los resultados poco saludables en su aptitud física

(composición corporal, resistencia cardiorrespiratoria y flexibilidad), perfil lipídico (colesterol total, lipoproteínas de alta densidad ó HDL, lipoproteínas de baja densidad o LDL, triglicéridos) y calidad de vida. Además llama la atención que dicha estrategia se planteó ante la necesidad, externada por el personal, de incluir dentro de la organización, este tipo de iniciativas. Según los resultados obtenidos es evidente la existencia de causas psicosociales que llevan al personal (a participar o a no hacerlo).

Y es que a través de los años se han realizado investigaciones que indagan en los motivos de participación o abandono de deportistas (López y Villalobos 2004, Garita, 2006, Víquez y Araya, 2007); sin embargo, se deja de lado a la mayoría de personas que no están en esta categoría y que son heterogéneas, como es el caso del personal de la organización en estudio. Por lo tanto resulta trascendental para el personal que labora en salud, conocer las razones psicosociales que llevan a las personas a participar o a no hacerlo para posteriormente abordar estas razones y lograr la interiorización de conocimientos, actitudes y prácticas en busca de una modificación en sus estilos de vida.

Tomando en cuenta los aspectos anteriores y en especial el hecho de que esta investigación busca determinar las variables psicosociales que influyen en la participación o no participación de un programa que promueve estilos de vida saludables en el personal de una organización no gubernamental y sin fines de lucro, a quienes se les brindó el servicio en el espacio laboral, se considera una propuesta innovadora que puede contribuir con la salud integral de los empleados y empleadas de la organización. Lo anterior en razón de que retoma aspectos inherentes al ser humano y sus necesidades sociales, reconociendo que el éxito laboral no depende sólo de los

conocimientos intelectuales o las destrezas técnicas, sino también de las cualidades personales desarrolladas a través de las aptitudes emocionales y la condición de salud de los funcionarios y funcionarias en forma paralela al trabajo en equipo y las alianzas estratégicas que buscan respuestas a demandas particulares.

Este estudio resulta entonces relevante, dado que en Costa Rica no se han determinado las variables psicosociales involucradas en la participación o no participación de un programa en el ambiente laboral que fomente estilos de vida saludables en el personal, posterior a la implementación de un programa socioeducativo con ejercicio físico.

Además, en el nivel mundial las investigaciones se han orientado en los motivos de participación en deportistas y no en personas ajenas al deporte. Por ejemplo, en España se realizó un estudio denominado “Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005)” en el que se aplicaron 8170 entrevistas (en seis encuestas) con periodicidad quinquenal, de un total de 8.493 entrevistas diseñadas el cual concluyó entre otros aspectos que en ese país se impulsan nuevas formas de practicar y vivir el deporte, con su énfasis en comportamientos de carácter recreativo y en la búsqueda de nuevas experiencias. Además señaló que pese a ser mayor el número de españoles que practicaron con anterioridad algún deporte han dejado de practicarlo por razones de estudio, trabajo y situación familiar (García, 2006).

Por último, los estudios en otros países no han integrado la totalidad de variables que se plantean en esta investigación; pese a haberse realizado planteamientos que

concluyen la importancia de componentes como el ejercicio físico y manejo del estrés en el contexto laboral lo que favorece la productividad de los empleados y empleadas y su bienestar general lo cual se retomará más detalladamente en el capítulo II.

## **Objetivo General**

Determinar las variables psicosociales involucradas en la participación y no participación de un programa que promueve estilos de vida saludables en el personal de una organización no gubernamental y sin fines de lucro.

## **Objetivos Específicos**

Identificar las variables psicosociales que conllevan a la participación en un programa sobre estilos de vida saludables en una organización.

Identificar las variables psicosociales involucradas en la no participación de un programa de salud integral en el ámbito organizacional.

## **Conceptos Claves**

**Salud:** Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales (OMS, 2006). Producto social, el cual se encuentra mediatizado por distintos factores como son los biológicos, los ambientales, los socioeconómicos y

culturales; además de los relacionados con servicios de salud (Ministerio de Salud, 2007).

**Estilos de vida:** Son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo con su capacidad para elegir y de acuerdo con sus circunstancias socioeconómicas (World Health Organization, 1986). Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo (Bliss, 1996).

**Actividad física:** Es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que supone un consumo de energía (Sánchez y Jiménez, 1992).

**Ejercicio Físico:** Es la ejecución de uno o varios movimientos- dentro de ciertas pautas de ejecución biomecánica- basadas en leyes generales aplicadas o recomendadas a la población y que implican un grado indeterminado de movilidad articular y de resultado o de cumplimiento de algún objetivo generalmente incierto (Saavedra, 2003). También el ejercicio físico es una categoría de la actividad física realizada por el organismo, libre y voluntariamente, que es planificada, estructurada y repetitiva con un mayor o menor consumo de energía, cuya finalidad es la de producir un mejor funcionamiento del propio organismo (Sánchez y Jiménez, 1992).

**Motivación:** Es un proceso mediante el cual las personas, al realizar una determinada actividad, deciden desarrollar esfuerzos encaminados a la consecución de ciertas metas

Jesús  
4194

CD 002623

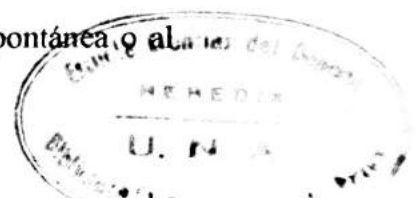
u objetivos; esto a fin de satisfacer algún tipo de necesidad o expectativa y de cuya mayor o menor satisfacción va a depender el esfuerzo que decidan aplicar en acciones futuras. La motivación es un proceso psicológico. Es desencadenada por una necesidad de cualquier índole (psíquica, social o física); está orientada a una meta que la persona selecciona y cuya consecución considera válida para satisfacer esa necesidad. Además, facilita la actividad por cuanto es energizante y mantenedora de esa energía, hasta el logro de la meta (Guillén y Guil, 2000).

También se entiende por motivación, todas aquellas causas que determinan el comportamiento, o sea la interacción dinámica entre los estímulos derivados de las necesidades objetivas y aquellas derivadas de las solicitudes del medio ambiente (De Bellis, 1995).

**Motivación intrínseca:** Es definida como el hecho de practicar una actividad por ella misma o por el placer generado por su práctica (Vallerand y Halliwell, 1983). Se da en las personas cuando se orientan a la satisfacción de las necesidades superiores (Guillén y Guil, 2000).

**Motivación extrínseca:** Se produce cuando las personas se orientan a la satisfacción de las necesidades inferiores (Guillén y Guil, 2000). La motivación extrínseca está regida por factores externos con el fin de alcanzar una meta externa como el reconocimiento, la recompensa económica o ganar una competencia (Romo, 1997).

**Factores motivantes:** Pueden ser de naturaleza objetiva o subjetiva. Son motivaciones de tipo objetivo cuando hacen referencia a la libre elección en forma espontánea o al



consejo de familiares, amigos, médicos o profesores. Los factores de naturaleza subjetiva se relacionan con motivaciones de tipo psicológico más personales, con la mentalidad, con las expectativas y las aspiraciones Gieri (1998).

**Participación:** Es un proceso dinámico. Se puede definir de acuerdo con las características del contexto social y político, así como en relación con el momento en que se realiza. Adquiere diferentes sentidos si se la considera como un fin en sí misma o como medio para lograr ciertas metas. Ha sido considerada como una norma para realizar una tarea conjunta; como esfuerzo organizado para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales dadas como empoderamiento que implica interacción, respeto mutuo, reflexión crítica, acción grupal, compromiso, influencia e información. Por tanto, para poder participar, efectivamente, se requiere acceso real a la educación, a la información, a las actividades sociales y políticas y a la tecnología (Delgado y otros, 2005).

**Factores Psicosociales:** Comprenden aspectos del puesto y del entorno de trabajo. También se extiende al ambiente existente fuera de la organización y a aspectos del individuo (Organización Internacional del Trabajo y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001). Para efectos de esta investigación se consideran:

**Comportamiento humano:** Modos como los seres humanos realizan las actividades implicadas en la vida diaria. La diversidad del comportamiento humano puede ilustrarse en casi todas las actividades en que las personas están comprometidas. Sus modos de comportarse difieren entre una u otra persona o entre grupos sociales ya que el individuo está sometido continuamente a un proceso de aprendizaje debido a los

estándares esperados según el tiempo, espacio y momento histórico. Asimismo, la conducta es determinada por ciertas características estructurales y funcionales únicas del cuerpo humano así como de los principios de la herencia, la maduración y de la socialización (Beals y Hoijer, 1973; Whittaker, 1970).

**Socialización:** Interacciones que los seres humanos establecen, a través de ella se conocen y se negocian los espacios en la vida cotidiana, al igual que se entregan o vivencian las creencias, las costumbres y los estilos de vida propios de cada familia, comunidad o espacio social al que se pertenece (Marín, 1999). La socialización se expresa en un conjunto de mecanismos y procesos mediante los cuales la sociedad nos entrena para asumir diversos papeles como miembros de ésta. Incluye todas las experiencias sociales, sistemáticas o no, que propician comportamientos para garantizar y proteger la continuidad de la vida de la colectividad. La socialización se logra por medio de agentes como la familia, el sistema educativo, las amistades, figuras políticas y deportivas y los medios de comunicación, entre los más importantes (Guzmán, 1997).

**Crecimiento y/o mejoramiento personal:** Capacidad para organizar y llevar a cabo acciones capaces de lograr determinados objetivos (Bandura, 1997 citado por Blanco y Díaz, 2005).

**Área socioeconómica y/o socioambiental:** Aquellos aspectos sociales, económicos y ambientales que se encuentran en la cotidianidad de las personas, que pueden ser adquiridos por diversas causas e influyen, de manera positiva o negativamente, en la calidad de vida (Ramírez, 2006).

## **Capítulo II**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **Contextualización y antecedentes**

En la actualidad, las primeras causas de absentismo laboral se relacionan con aspectos físicos y psíquicos en los que la actividad física se muestra como una posible herramienta de trabajo para ayudar a prevenir dichas patologías y en cualquier caso, limitar el período de baja laboral de un trabajador (Martínez, 2006).

El informe de la OPS sobre la calidad de los datos de salud ocupacional en América Latina y el Caribe señaló que existe ausencia de datos confiables y sistematizados sobre la situación de la salud de los trabajadores; constituyéndose éste en un problema de gran magnitud por la significativa pérdida económica y social que constituyen los accidentes y las enfermedades crónicas y de origen ocupacional. La falta de información adecuada impide que las autoridades de salud y los empresarios tomen decisiones. Impide además que los trabajadores y la opinión pública se movilicen para mejorar las condiciones de trabajo o soliciten programas promocionales y preventivos que reduzcan los riesgos de desarrollar enfermedades (Rosas, Lama, Llanos y Dunstan, 2002).

La III Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo, elaborada por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, conjuntamente con la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo mostró

que el 28% de los trabajadores y trabajadoras declararon estar sufriendo estrés laboral (40 millones de personas) (Serra, 2005).

Por otro lado, en el nivel del Estado español, la V Encuesta Nacional sobre las Condiciones de Trabajo en España, elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, revela una serie de datos que vienen a demostrar el creciente aumento que están experimentando los factores psicosociales, en el entorno laboral. En la encuesta se constata que un 15,4% de los trabajadores (muestra = 5236) presentan molestias relacionadas con los riesgos psicosociales y un 5.3% presentan síntomas evidentes de estrés laboral. Además, se encuentran significativos porcentajes sobre síntomas psicósomáticos posiblemente derivados de riesgos psicosociales como: cefalea 2.2%, alteraciones del sueño 1.3%, depresión 1%, cansancio crónico 0.7%, etc. Según la OMS, se considera que un 10% de las bajas laborales en todo el mundo pueden atribuirse al estrés laboral (Serra, 2005).

En un trabajo titulado “Relación entre los factores de riesgo psicosociales laborales y la ausencia por razones de salud: motivos laborales y no laborales en España” cuyo objetivo fue analizar la asociación entre los factores de riesgo psicosociales laborales y la ausencia por razones de salud (ARS), dependiendo de si el motivo de la misma estaba o no relacionado con las condiciones de trabajo tomó como muestra a 1.178 trabajadores españoles participantes en la Tercera Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo. Todos los trabajadores que señalaron haber estado al menos 1 día ausentes de su trabajo por razones de salud durante el último año fueron clasificados como trabajadores que habían sufrido ARS. Según la atribución de los trabajadores, los motivos de ARS fueron: accidente de trabajo, enfermedad laboral (profesional y

relacionada con el trabajo) y enfermedad no laboral. Los factores psicosociales laborales analizados fueron la demanda psicológica y el control en el trabajo. Como resultados se obtuvo que los trabajadores con alta demanda mostraron mayor riesgo de ARS por enfermedad laboral y aquéllos con bajo control mostraron un mayor riesgo de ARS por accidente de trabajo. Los resultados fueron estadísticamente significativos aún después de ajustar conforme a otras variables sociodemográficas y condiciones de trabajo. Sin embargo, al ajustar por la actividad económica y/o por el tamaño de la empresa las diferencias no fueron significativas. Se concluyó así que los factores psicosociales, la alta demanda psicológica y el bajo control en el trabajo, están relacionados diferencialmente con distintos tipos de ARS por motivos laborales (Gimeno, Marko y Martínez, 2003).

✖ En Costa Rica una proporción apreciable de la población del país vive en condiciones sociales, económicas y ambientales que actúan en detrimento de la salud física y mental, del bienestar, de la calidad de vida e inclusive de la integridad física. Aunque en el país no existen estudios epidemiológicos recientes, se estima que los trastornos mentales se han incrementado en función de las variaciones ocurridas en el perfil demográfico y los cambios sociales, económicos y culturales que han tenido impacto en la sociedad costarricense en los últimos decenios. El impacto negativo de esos factores en la salud mental y en el desarrollo psicosocial es evidente. Además se manifiesta en situaciones que comprometen el funcionamiento social del individuo y la familia, su equilibrio emocional y el despliegue de sus potencialidades (Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2004).

Existe una relación entre los factores socioeconómicos y ambientales y el estado de salud mental de la población. El efecto negativo de esos factores es particularmente pronunciado en los países en vías de desarrollo. Factores como el desarraigo, la pobreza, la urbanización desordenada, las condiciones de trabajo desfavorables y la violencia (entre otros factores) tienen un fuerte impacto (Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2004).

De esta manera, la dimensión de los problemas de salud, asociados a las reacciones de estrés, causadas por los factores psicosociales es significativa; aunque puede afirmarse que en Latinoamérica no ha sido suficientemente cuantificada. Si bien es cierto que en numerosos documentos técnicos las patologías derivadas del estrés ocupan un lugar destacado como sujeto digno de vigilancia, después de los accidentes de trabajo y los trastornos osteomusculares, las estadísticas de los países de la región permiten aseverar que aún no se da la importancia que reviste la problemática de origen psicosocial (Villalobos, 2006).

La información de los diversos reportes de salud pública señalan que fenómenos como la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas y deserción educativa son algunas de las manifestaciones sociales de los problemas derivados de las condiciones sociales que enfrenta nuestra población. Por otra parte, podría formularse el interrogante de la participación de los factores de riesgo psicosocial en la calificación de otras patologías, aparentemente no vinculadas con las clásicamente asociadas a las reacciones de estrés. De acuerdo con los datos suministrados por el despacho de estadísticas de trabajo del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (1999), en 1997 se

presentaron 3.418 casos de enfermedad por estrés ocupacional. De ellas más de dos quintas partes causaron incapacidad (en promedio 23 días). Los datos muestran que por cada caso de género masculino, se presentan 1,6 casos de género femenino (Villalobos, 2006).

Según datos del 2003 de Canadá Community Health Survey (CCHS), casi uno de cada tres empleados canadienses (alrededor de 5,1 millones) informó que la mayoría de los días en el trabajo eran "muy" o "extremadamente" estresantes (Wilkins, 2007).

La depresión, por ejemplo, es considerada como un problema de gran magnitud para la salud pública. La prevalencia de esta enfermedad es variable y se sitúa alrededor del 10 al 15% (a nivel mundial) en la población adulta, con una prevalencia puntual del 10%. Algunos autores sostienen que los eventos vitales (cambio de residencia, enfermedad grave, divorcio o separación, pérdida del trabajo, retiro o jubilación, muerte de un familiar cercano o amigo, secuestro de un familiar o amigo) que se definen como cualquier incidente que ocurre en el ambiente externo de la persona, estarían explicando la alta prevalencia de depresión en los países pobres (Tuesca y otros, 2003).

Asimismo, el contexto social, político y económico en el que está inmersa la sociedad actual ha propiciado una concepción globalizada del mundo que ha contribuido a fomentar, en el ámbito empresarial, la aparición de nuevas formas de organización del trabajo a las que las empresas han tenido que adaptarse para no quedar atrás en su interés por obtener la máxima rentabilidad en sus negocios (Serra, 2005).

Pese a lo anterior, hay organizaciones con altos niveles de productividad que consiguen motivar a sus empleados y logran que estén satisfechos en el trabajo y con éste. Otras, en cambio, no cumplen, de forma satisfactoria, estos objetivos (Guillén y Guil, 2000).

Por ejemplo, los orígenes de la incorporación del programa de actividad física en la empresa se pueden establecer en Japón y en Estados Unidos. Sin embargo no se tienen datos de en cuál de los dos continentes se instauró primero (Isusi, 2000).

La concepción preventiva que tiene la empresa japonesa en la incorporación del programa de actividad física es más de carácter humanista. La empresa cuida a sus trabajadores de una forma paternalista, al igual que unos padres cuidan a sus hijos. La empresa norteamericana ha incorporado los programas de actividad física, porque se han dado cuenta que los beneficios de la práctica deportiva (regular y guiada por profesionales) se puede extrapolar y ser utilizada por la empresa, fundamentalmente para mejorar la productividad y resultados. En menor medida se pretende mejorar la salud y bienestar de los trabajadores. Por lo tanto, esta visión norteamericana de la prevención está basada más en el hecho de aumentar el rendimiento y la productividad de la empresa. Uno de los medios para conseguir este objetivo es mejorar la seguridad y salud de los trabajadores. Lo anterior de forma que cuanto mayor sea el grado de salud y bienestar del trabajador mayor será la productividad de la empresa (Isusi, 2000).

En España la posibilidad de incorporar el programa de actividad física es bien distinta; esto debido a que tiene una Ley de Riesgos Laborales desde hace muy pocos

años, (Ley 31/1995). Además están presentes varios factores que a continuación se enumeran:

1. No existe una cultura deportiva en la mayoría de las empresas.
2. No se cree –en forma suficiente- en la prevención.
3. Se conoce de oídas este tipo de programa.
4. Se duda que los beneficios del programa de actividad física puedan repercutir en los resultados de la empresa y en la salud de los trabajadores.
5. Se considera que el dinero invertido en prevención es un gasto, y por lo tanto se daría una reducción de los beneficios de la empresa, más que considerarlo como una inversión (Isusi, 2000).

Tomando en cuenta la premisa de que el ser humano es un ser social por naturaleza, en el entorno laboral, como en los demás ámbitos de la vida de las personas, debe establecerse un marco para las relaciones interpersonales ya que cumplen funciones fundamentales para el desarrollo de su dimensión social, (pertenencia a grupos, estatus, identificación social, satisfacción de necesidades sociales, etc) (Serra, 2005).

## **Salud y calidad de vida**

Durante mucho tiempo la salud se determinó como un estado de la persona, que se establecía por la presencia o ausencia de algún tipo de enfermedad (OMS, 2006). No obstante, con el paso del tiempo y debido a las diferentes críticas que emergieron con respecto de esta visión, fue posible determinar que la salud no se centraba meramente en la atención de la enfermedad, sino que la prevención y la responsabilidad social jugaban

un papel trascendental para la comprensión y, especialmente, el abordaje de ésta. En este sentido la salud se produce como resultado del desarrollo armónico de la sociedad en su conjunto. Mediante éste proceso se brinda, a los ciudadanos, las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y de participación social. Todo lo anterior, para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades, en aras del bienestar (Ministerio de Salud y OPS, 1993). La salud es dinámica y cambiante. Su contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que la formula o que la acepta. Es un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad. Es una responsabilidad personal que debe ser fomentada y pronunciada por la sociedad y sus instituciones por lo que es vital entenderla como un producto social y no como algo meramente individual.

Así surge también el término de salud holística, enfoque que vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano. Este funciona como una entidad completa en relación con el mundo que le rodea (Gordon, Golanty y Brown, 1999).

Relacionado con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud considera el estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos (World Health Organization, 1986).

Paralelamente, la calidad de vida debe ser entendida como el bienestar óptimo entre las cinco dimensiones de la salud (física, mental, emocional, social y espiritual) que caracteriza a ciertos grupos sociales o comunidades e incluye, también, la integración familiar, la participación comunitaria activa y el lograr establecer estilos adecuados de vida (tales como la actividad física regular y la buena alimentación, entre otras) (Gordon, Golanty y Brown, 1999). Se basa en percepciones y expectativas individuales lo que implica que no es algo estático, sino dependiente del tiempo y que sufre cambios y refleja las experiencias de la vida (Cayetano, 2006).

De esta forma, la salud está vinculada con la actividad física, la cual a su vez es uno de los aportes básicos para su promoción y fomento y tiene una relación directa con la calidad de vida de las personas, indistintamente de su ámbito de acción (Godoy, 2007). La actividad física practicada regularmente parece correlacionar con estilos de vida saludables (Cantón, 2001).

Igualmente, la calidad de vida del ser humano demanda cada día más de la aplicación sistemática de la actividad física. Los beneficios de la actividad física están bien determinados y los nuevos estudios siguen constatando el hecho y la importancia de que toda actividad física habitual fomenta la salud y el bienestar (American College of Sport Medicine, 2000).

Lo anterior refuerza la afirmación de que la calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad,

la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Vinaccia y Orozco, 2005).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud, en su definición de calidad de vida, hace referencia a la importancia del contexto cultural y de valores en que se vive, así como a la relación que tiene la calidad de vida con las expectativas del propio individuo: “Calidad de Vida es la percepción del individuo de su situación en la vida (dentro del contexto cultural y de valores en que vive) y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Por tanto, no se debe olvidar que la calidad de vida está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales. De este modo, la calidad de vida relacionada con la salud integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar, que pueden ser agrupados en cuatro apartados (Soto y Failde, 2004):

1. Estado físico y capacidad funcional.
2. Estado psicológico y bienestar.
3. Interacciones sociales.
4. Estado económico y sus factores.

Así, uno de los hábitos positivos para el estilo de vida es la práctica de la actividad física; sin embargo, no existe la conciencia social para desarrollar programas específicos en los ambientes laborales (Godoy, 2007).

En este sentido, las instituciones de la Seguridad Social, los empresarios y los mismos trabajadores han tomado conciencia de la necesidad de transformar eficazmente las condiciones de trabajo y la aproximación personal a ellas. Sin embargo, gestar y mantener procesos que impacten positivamente el clima laboral y los resultados de la empresa, constituye un reto para la gestión del talento humano. Allí radica la importancia de comprender los mecanismos que permiten construir organizaciones saludables (Villalobos, 2006).

De esta manera, la realización de ejercicios físicos terapéuticos, a partir de la orientación de un profesional de la actividad, repercute de una forma positiva no sólo en el aspecto de la salud, sino que también en el ámbito económico, pues con la mejoría del estado de salud, se produce una reducción (en la inmensa mayoría de los casos, según la enfermedad que se padezca y el grado de afección de ésta) en el consumo de medicamentos. Con ello se reduce el gasto económico- en este ítem- de la vida de las personas que lo necesitan (López, 2001).

Así mismo, en el ámbito de la economía empresarial el esquema es el mismo, pues con la aplicación de ejercicio físico, en un momento de la jornada laboral, el organismo del trabajador se fortalece, lo cual contribuye a la reducción de los accidentes laborales debido a que aumenta la capacidad de trabajo y con ello la productividad. Además se reduce la incidencia de ausencias por enfermedades al trabajo (López, 2001).

## **Salud, trabajo y aspectos psicosociales**

Los conocimientos, las creencias, las actitudes y las prácticas de los pueblos, contribuyen a describir la cultura de la salud. Por otra parte, las técnicas médicas, también están ligadas a las culturas. Es necesario complementar esta visión de la salud con la identificación de las variables biológicas y psicológicas de los individuos que determinan su estado de salud. Además, es importante retomar los patrones culturales que traen los individuos y los que se crean al interior de las organizaciones. De esta manera se podría afirmar que los determinantes individuales actúan, modifican y son modificados por el medio social. Por tanto se enlazan con el momento histórico, político, económico y con las condiciones ambientales y laborales. Así mismo todas ellas tienen la capacidad de cambiar el estado de salud - enfermedad, en los individuos y en las sociedades (Villalobos, 2006).

La disciplina de Trabajo Social, en la búsqueda de la transformación social emplea diversos métodos científicos a fin de brindar validez a los conocimientos que genera. Debido al carácter teórico-práctico de la profesión, ésta contempla una relación entre investigación e intervención. El modelo de intervención se plantea con base en el análisis de la práctica profesional pues existen diversos campos de acción, convergen diferentes tipos de intervención según el problema y la práctica especializada es respaldada por una disciplina científica (Sibaja, 2006).

Así los modelos, desde la perspectiva teórica y metodológica del Trabajo Social, son considerados como las diversas maneras a través de las cuales se pueden intervenir las situaciones que manifiesta la población meta. Los modelos básicos existentes son:

asistencial, socioeducativo y terapéutico. Específicamente el modelo socioeducativo constituye la estrategia básica para facilitar e intercambiar información con la población meta. Mediante esta interacción grupal se manifestarán situaciones específicas relacionadas con su salud y sus estilos de vida. Para ello se integran varios métodos como es el método de grupo que representa la totalidad social concreta. Así mismo se interrelacionan constantemente los sistemas internos que hacen referencia a las relaciones interpersonales de carácter interno en el grupo y los externos que integran el ambiente físico y social (Molina y Romero, 2001).

En un estudio titulado “Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo” se intentó categorizar los determinantes del cumplimiento farmacológico antihipertensivo en el modelo psicosocial A.S.E. (actitud, influencia social y autoeficacia). Dicho estudio cualitativo se realizó mediante entrevista semiestructurada y grabada, con 44 pacientes (25 cumplidores y 19 incumplidores). Dos investigadores independientes realizaron un análisis temático de las respuestas, siguiendo el método de Burnard. El método se validó mediante el Índice Kappa. La información de los pacientes sugirió que los programas educativos deberían resaltar las ventajas del tratamiento, enseñar las habilidades que mejoran la adherencia, prever las dificultades y efectos secundarios, y enseñar a soslayarlos o manejarlos. Dichos programas deberían ser impartidos por sanitarios convencidos de la eficacia del tratamiento, buenos comunicadores y dispuestos a compartir responsabilidad con el paciente y a integrar en el programa a las personas influyentes de su entorno próximo (Fernández, López, Comas, García y Cueto, 2003).

Y es que en la actualidad las organizaciones están interactuando en un medio muy cambiante debido (entre otros factores) al rápido desarrollo de la tecnología y a la globalización. Ésta implica el auge de la mercadotecnia y vertiginosos cambios sociales, económicos y políticos, trayendo consigo sus efectos en la salud de la población trabajadora. La gestión del talento humano, al interior de las organizaciones, requiere grandes transformaciones. Estos cambios deben incluir acciones orientadas hacia el crecimiento de las personas, su bienestar y su salud mediante la generación de modos de trabajar que impacten positivamente la percepción que tienen las personas acerca del clima laboral (Villalobos, 2006).

De esta manera, los factores de riesgo psicosocial deben ser entendidos como toda condición que experimenta el hombre en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que le rodea. Por lo tanto no se constituye en un riesgo sino hasta el momento en que se convierte en algo nocivo para el bienestar del individuo o cuando desequilibran su relación con el trabajo o con el entorno (Villalobos, 2006).

Así, para lograr organizaciones más saludables desde el punto de vista psicosocial puede diseñarse un conjunto de estrategias que refuercen la política y las estrategias de la organización; ellas pueden ser acciones de intervención:

- Primarias, dirigidas a reducir o eliminar los factores estresores.
- Secundarias, dirigidas a favorecer el manejo del estrés.
- Terciarias, dirigidas a facilitar programas de asistencia a los empleados, tanto grupales como individuales (Villalobos, 2006).

Igualmente, se pueden señalar las siguientes estrategias en el nivel grupal e individual:

- Estrategias grupales; formación en dinámica de grupos, implantación de sistema de innovación y mejora, apoyo social.
- Estrategias de intervención individual; técnicas de relajación, técnicas de retroalimentación biológica “biofeed-back”, prácticas de ejercicio físico y mantenimiento de buena condición física; además de técnicas cognitivas y de autocontrol y técnicas de comunicación interpersonal (Villalobos, 2006).

De esta manera, se hace necesario potenciar el control de las poblaciones sobre los determinantes sociales de su salud –empoderamiento- así como implementar encuadres de trabajo grupal que ayuden al cambio de valores, actitudes, creencias y comportamientos de los usuarios y usuarias en lo relativo al proceso salud, enfermedad, atención (Duro, 2003).

En lo que se refiere a los efectos del trabajo sobre la salud de las personas se aprecian varios abordajes: desde el propio de los factores de riesgo que causan diversos efectos ligados con condiciones dañinas, como el ruido, los contaminantes, las posturas forzadas y los accidentes de trabajo; hasta las condiciones psicosociales que causan diferentes enfermedades mediadas por respuestas de estrés. En lo referente a las demandas mentales del trabajo se destacan el apremio de tiempo, la presión por resultados, las demandas de atención y la carencia de variedad propia de muchas tareas. El contenido del trabajo ofrece también múltiples fuentes de tensión. De ellas podrían mencionarse la ambigüedad del rol, la carencia de autonomía y la sobrecarga de

responsabilidades que lidia muchas veces con limitaciones de la tecnología o incluso con dificultad para interactuar con ella (Villalobos, 2006).

Desde el punto de vista de la gestión, algunas fuentes de tensión radican en el estilo liderazgo, el cambio no planeado, las dificultades de comunicación, los sistemas de evaluación centrados en el resultado y no en el desarrollo, el trabajo temporal y el pago en condiciones de inequidad. Las jornadas prolongadas, el trabajo por turnos y las dificultades de relación con compañeros y jefes tienen igualmente el potencial de causar cargas que afectan negativamente a la salud (Villalobos, 2006).

Además, a las condiciones de trabajo es necesario agregar la problemática que se vive en el medio familiar. Los problemas económicos, las dificultades en las relaciones familiares, la crianza de los hijos, el cuidado de las personas mayores y el desempleo, así como la violencia y los problemas sociales son realidades a las que afectan el bienestar y causan tensión. De esta manera, el organismo, en su intento de adaptación sufre estragos a nivel físico, mental y emocional y se configuran respuestas de estrés que conducen a la aparición de numerosos trastornos (Villalobos, 2006).

### **Beneficios del Ejercicio Físico**

El desarrollo físico, social y mental de los individuos, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, el mejoramiento o mantenimiento de la calidad de vida social y laboral, dependen no sólo de las entidades gubernamentales, sino de todos los integrantes de la sociedad. La actividad física, el ejercicio y el deporte son elementos preventivos y, en muchas ocasiones, terapéuticos que permitirán coadyuvar (en unión

con otros hábitos de vida) para una mejor sociedad. Una sociedad que sea más sana, fuerte y saludable (Gutiérrez, Sarmiento y Florez, 2002).

En gran parte del mundo en general, el desarrollo de la actividad física y la salud, se caracteriza por proponer y efectuar medidas, estrategias y políticas, todas ellas tendientes a la formación de alianzas que ayuden a las comunidades y países a organizar programas culturalmente pertinentes que promuevan la actividad física y el deporte. Desde esta perspectiva, se ha sugerido que los programas de promoción de la actividad física deben lograr su integración en la vida diaria, así como promoverla en todos los grupos sociales; desarrollando entornos propicios que permitan el acceso a ésta. Lo anterior a partir de estrategias de intervención como las siguientes: a) acceso a la información (campañas comunitarias masivas y avisos en puntos estratégicos), b) accesos sociales y de comportamiento, y c) creación de espacios y acceso a lugares para la actividad física (Prieto, 2003).

De esta manera, existen diversas clasificaciones de los enfoques utilizados para la realización de programas de promoción de la actividad física. La clasificación del Physical Activity and Health, a Report of The Surgeon General, reconocida internacionalmente, propone los siguientes modelos de intervención: en primer lugar se encuentran los Modelos de Intervención Individual que enfatizan la intervención en la persona a la cual están dirigidas las acciones. Tienen en cuenta el grado de motivación, la percepción de riesgos o actitud hacia la actividad física. En segundo lugar están los Modelos de Intervención Interpersonales, que incluyen aquellos programas que enfatizan la intervención en grupos de personas a las cuales están dirigidas las acciones. En tercer lugar están los Modelos de Intervención Comunitaria, que plantean que las

intervenciones, para ser efectivas, deben influir en múltiples niveles. Lo anterior porque la salud está condicionada por muchos subsistemas ambientales, que incluyen la familia, la comunidad, el lugar de trabajo, las creencias y tradiciones, las finanzas y los entornos físicos y sociales (Mena, 2006).

Así, la promoción de la actividad física relacionada con la salud está siendo objeto de un creciente interés por parte de todos los agentes sociales y organizaciones (Figueiredo y Rebollo, 2003).

Programas como los desarrollados en Colombia, han obtenido -para los empleados y empleadas- beneficios económicos asociados con un ahorro en costos médicos. Cuando se invierte en equipos y tiempo para la actividad, ello redunda en mayor productividad laboral, menor ausentismo, mayor rendimiento académico en estudiantes, disminución de enfermedades y riesgos profesionales, mayor bienestar y placer en los funcionarios y funcionarias (Mena, 2006).

De esta forma, como punto de partida, son tres las perspectivas que relacionan la actividad física con la salud: la perspectiva rehabilitadora (que considera que la actividad física actúa como un medicamento); lo cual es comparable con un instrumento mediante el cual puede recuperarse la función corporal enferma o lesionada y paliar sus efectos negativos sobre el organismo; la perspectiva preventiva, que utiliza la actividad física para reducir el riesgo de que aparezcan determinadas enfermedades o se produzcan lesiones y la perspectiva orientada al bienestar. Este tercer rol consiste en tomar a la actividad física como un elemento de desarrollo personal y social, independiente de su utilidad para la rehabilitación o prevención de las enfermedades o

lesiones. Es decir, se trata de ver, en la actividad física, un factor que puede contribuir a mejorar la existencia humana de manera que permita hablar de calidad de vida (Figueiredo, y Rebollo, 2003).

La perspectiva orientada al bienestar enfoca la actividad como una conducta más que presenta relación con la salud de los individuos. Esta orientación ha cobrado importancia conforme se han llevado a cabo investigaciones que justifican la relación de la actividad física con la salud (Cayetano, 2006).

Por otro lado, se ha comprobado que las motivaciones para la práctica de actividad física varían según la clase social de pertenencia y están influenciadas por el contexto familiar. Se ha constatado que un alto porcentaje relaciona la motivación para la práctica de actividad física con el hecho de compartir con sus pares (Bianchi y Brinnitzer, 2000), por lo que la adherencia tiende a ser más elevada en grupos pequeños que en grandes (Hernández, 2005).

El ejercicio físico se asocia con un efecto antidepresivo de magnitud moderada. Reportes anecdóticos, observaciones clínicas, investigaciones epidemiológicas, longitudinales, transversales, clínicas y experimentales sugieren que la participación en el ejercicio puede reducir el riesgo de una persona para desarrollar depresión. Puede ser efectivo en aliviar síntomas en sujetos con depresión ligera a moderada y constituir un tratamiento provechoso (adjunto a la farmacoterapia y la psicoterapia) en individuos deprimidos severamente (Barrios, 2006).

En la siguiente tabla se rescatan los beneficios psicológicos del ejercicio físico en población clínica y no clínica, según Weinberg y Gould (1996).

**Tabla 1. Beneficios psicológicos del ejercicio físico en población clínica y no clínica**

| <b>Aumento</b>             | <b>Disminución</b>    |
|----------------------------|-----------------------|
| Rendimiento académico      | Ausentismo laboral    |
| Asertividad                | Abuso de alcohol      |
| Confianza                  | Ira                   |
| Estabilidad emocional      | Ansiedad              |
| Funcionamiento intelectual | Confusión             |
| Locus de control interno   | Depresión             |
| Memoria                    | Dolores de cabeza     |
| Percepción                 | Hostilidad            |
| Imagen corporal positiva   | Fobias                |
| Autocontrol                | Conducta psicótica    |
| Satisfacción sexual        | Tensión               |
| Bienestar                  | Conducta Tipo A       |
| Eficacia en el trabajo     | Errores en el trabajo |

Fuente: Adaptado por Weinberg & Gould, (1996) de Taylor, Sallis y Needle (1985).

Estos autores (Weinberg y Gould, 1996) señalan que el ejercicio parece estar asociado a cambios positivos en los estados de ánimo. Del mismo modo, la inmensa mayoría de las investigaciones que estudian la relación entre ejercicio físico y bienestar psicológico han utilizado los ejercicios aeróbicos. Se ha demostrado que el ejercicio ha de tener la suficiente duración e intensidad para producir efectos psicológicos positivos.

En definitiva, como señalan Weinberg & Gould (1996), se puede afirmar lo siguiente:

- El ejercicio regular está relacionado con disminuciones de la depresión a largo plazo.
- Cuanto mayor es el número total de sesiones de ejercicios, mayor es la reducción de los niveles de depresión.
- La intensidad del ejercicio no está relacionada con cambios en la depresión.
- Cuanto más largo es el programa de ejercicios, mayor es la reducción en los niveles de depresión.
- El tiempo total de ejercicio a la semana no está relacionado con cambios en la depresión.

### **Factores Motivacionales y Ejercicio Físico**

Los factores motivacionales hacen referencia a aquellos componentes psicosociales que en su mayoría motivan a las personas a realizar actividad física, ejercicio físico y mantener o buscar un estilo de vida saludable. El proceso motivacional es el que aporta energía, dirección y persistencia al comportamiento y está determinado por múltiples necesidades: biológicas, cognitivas, afectivas y sociales (Valdés, 1996).

Al revisar el concepto de motivación se identifican una serie de características notablemente generalizadas:

- a) Su consideración como proceso psicológico.
- b) La desencadena una necesidad de cualquier índole (psíquica, social o física).
- c) Está orientada a una meta que la persona selecciona y cuya consecución considera válida para satisfacer esa necesidad.

- d) Facilita la actividad en cuanto es energizante y mantenedora de esa energía hasta el logro de la meta (Guillén y Guil, 2000).

Se puede afirmar entonces, que la motivación funciona como reguladora de la energía y la emoción, empleada para cumplir el objetivo (Valdés, 1996). Es un factor que permite mantener cohesionada a una organización y es una de las principales causas de éxito y de progreso de cualquier grupo humano (Jiménez y Peralta, 1998).

Hoy en día saber que la práctica de ejercicio proporciona beneficios a la salud, no es razón suficiente para convertirla en un hábito de la vida diaria. Se quiere decir con esto que, al preguntarse ¿por qué practicar deporte? o ¿por qué salir a correr o caminar?, se estaría ingresando en un mundo que el ser humano determinaría por sus intereses, necesidades y además por el ambiente que lo rodea. Por consiguiente, se estaría introduciendo uno de los factores que determinan la práctica de actividad física, el cual es la motivación (López y Villalobos, 2004).

Los motivos de participación en la actividad física son de diversa índole. El Cuestionario de Actitudes, Motivaciones e Intereses hacia las Actividades Físico Deportivas (Pavón, Moreno, Gutiérrez y Sicilia, 2003) los delimita en seis motivos: motivos de competición, capacidades personales, aventura, hedonismo y relación social, forma física e imagen personal y salud médica. Por su parte, el Cuestionario sobre Motivos de Participación Deportiva (Durand, 1988) mide los motivos en ocho factores: autorrealización o motivación de estatus, diversión, liberación de energía, búsqueda de esparcimiento, desarrollo de habilidades, factores sociales, práctica en equipo y forma física. Por su parte, Recours, Souville y Griffet (2004) proveen una escala para

medición de cuatro dimensiones de motivación deportiva: exhibicionismo, competición, sociabilidad y emoción y jugando al límite.

Al respecto, López y Villalobos (2004) realizaron una investigación cuyo propósito fue analizar los factores motivacionales que inciden en la práctica de la gimnasia artística en atletas con edades entre los 13 y 18 años de edad. Todos eran participantes en el Tercer Campeonato Centroamericano de Gimnasia. Para ello se seleccionaron veintiún atletas (siete de Costa Rica, siete de Panamá y siete de El Salvador); con una distribución total de diez hombres y once mujeres. Se empleó el “Participation Motivation Inventory” (Cuestionario sobre Motivos de Participación) de Gill, Gross y Huddleston (1983), del cual existe una versión española (Durand, 1988). Tenía como objetivo dicha investigación el disponer de una medida estándar sobre la motivación en la práctica deportiva de los niños y jóvenes y, por otro lado, examinar (en el nivel descriptivo) las razones que determinan la elección deportiva y que se miden por factores de motivación (autorrealización, diversión, liberación de energía, búsqueda de esparcimiento, desarrollo de habilidades, razones misceláneas, trabajo en equipo y forma física).

La información fue recolectada durante los entrenamientos previos a la participación en el Campeonato Centroamericano, celebrado en Costa Rica. El análisis de “covarianza” aplicado, permitió controlar el efecto de la edad; una vez removido este efecto se encontraron efectos significativos del género  $p < 0.05$  y efecto significativo por país  $p < 0.01$ ; dando mayor importancia, tanto en el análisis de género como en el de país al factor 1 (autorrealización) y el factor 3 (liberación de energía). Por lo tanto se puede sugerir que dado que las personas presentan un abanico de motivos para la práctica

deportiva, es necesario conocer los que están en el origen de la implicación de los y las estudiantes, deportistas o participantes de ejercicio físico.

Asimismo, Bianchi y Brinntzer (2000), realizaron una investigación que intentó encontrar cuáles son las motivaciones principales que llevan a la adolescente barilochense a practicar un deporte en forma sistemática fuera del contexto escolar y cómo influyen sobre éstas los agentes socializadores y la clase social de pertenencia. Dicha investigación fue un estudio exploratorio y comparativo con un análisis cuantitativo de datos, obtenidos a través de un cuestionario. Analizando los resultados se observó que las motivaciones de las adolescentes para la práctica de una actividad física varían según la clase social de pertenencia. Además están fuertemente influenciadas por el contexto familiar, ya que según los resultados, aquellas niñas de familias deportistas o con antecedentes deportivos son más estimuladas para dichas prácticas. Es también considerable la importancia del grupo de pares, ya que un alto porcentaje relaciona la motivación para la práctica, con el hecho de compartir con sus pares. En cuanto al tipo de actividad elegida y la clase social de pertenencia vemos que es destacable la aparición del fútbol como deporte preferido por las adolescentes de clase baja – exclusivamente - y el esquí en la clase alta como señal de estatus socialmente reconocido en la sociedad barilochense.

Otro factor, que influye sobre la motivación es la importancia de la representación del propio cuerpo sobretodo en las adolescentes de clase media y alta. Las actividades en gimnasio son las que con más frecuencia realizan las adolescentes.

No es tan significativa la influencia de la escuela (como agente socializador) en lo que a práctica de actividad física extraescolar se refiere. En ningún caso manifestaron que la actividad realizada fuera motivada por las prácticas en la escuela primaria o media. Más bien lo relacionaron con la adquisición de experiencias previas. Los deportes, que más eligieron en la encuesta fueron: fútbol, esquí y actividades de gimnasio. Debe mencionarse que no son actualmente actividades curriculares (Bianchi y Brinntzer, 2000).

Por otra parte, la autoestima se considera fundamental para el bienestar mental. Hay varias características que la hacen relevante: es un indicador clave de estabilidad emocional y de ajuste a las demandas vitales; está ligada al bienestar subjetivo y a la felicidad. También se encuentra asociada con aspectos como la independencia, la adaptabilidad, la resistencia al estrés y liderazgo. Se haya además asociada con selección, persistencia y éxito en un amplio rango de logros y conductas relacionadas con la salud. Una baja autoestima se acompaña, frecuentemente, de enfermedad mental y trastornos como depresión, ansiedad y fobias (Barrios, 2006).

Y es que la autoestima, entendida como el grado en el cual los individuos sienten de manera positiva sobre sí mismos, es para algunos teóricos, la más poderosa de las fuerzas motivacionales. El ejercicio tiene fuerza para influir en la autoestima y se considera la variable con mayor potencia para reflejar los beneficios psicológicos de éste (Barrios, 2006).

El ejercicio ofrece oportunidades para la interacción social y la comunicación emocional. La modalidad grupal incrementa esta potencialidad, aunque actividades

independientes como la caminata y la carrera motivan la búsqueda de compañía para ejercitarse y asistir a encuentros. Muchas personas presentan dificultades para la interacción social; tal es el caso de las amas de casa y los jubilados. La incorporación al ejercicio permite nuevas experiencias y una ampliación de la red de apoyo social, sobre todo cuando dichas actividades tienen como asiento a la comunidad de residencia (Barrios, 2006).

Así, los motivos de participación en la actividad física son de diversa índole: competición, capacidades personales, aventura y diversión, aspectos sociales, forma física e imagen personal, entre otros (Garita, 2006).

El ejercicio ofrece una alternativa de empleo del tiempo libre y una vía para apartar al individuo de sus preocupaciones cotidianas; es decir, constituye una fuente de distracción. Se ha planteado que ella puede considerarse una explicación causal para otros efectos del ejercicio, ya que provocaría la modificación positiva del estado de ánimo (Barrios, 2006).

Las personas que se incorporan a programas de ejercicios se crean ciertas expectativas o esperanzas; es decir, creencias positivas acerca de los beneficios que obtendrán con su participación. Las expectativas se asocian con la experiencia del dirigente y con la seguridad del beneficio que el programa pueda ofrecer (Barrios, 2006).

Es fundamental para profesionales (como educadores físicos, entrenadores deportivos o instructores de ejercicio) tener presente los principales motivos de

participación de los sujetos que tiene a su cargo; ello con el fin de velar por elaborar planes de trabajo ideales para que se mantengan realizándolos, orientándolos a disfrutar y a estar satisfechos con su intervención y así alargar su ciclo de vida activa, evitando el abandono, aspecto tan relacionado con el sedentarismo y el riesgo de padecer enfermedades crónicas y degenerativas (Garita, 2006).

De ahí que en la actualidad distintas organizaciones emplean programas de motivación al personal. Algunos son traducidos como meros beneficios materiales u económicos, los cuales buscan ir acordes con los lineamientos de la empresa. También estas acciones son reconocidas como incentivos o recompensas (Cerdas, 2006).

Puesto que el personal en las empresas es heterogéneo y por ende el comportamiento de las personas varía, se presentan a continuación diversas teorías sobre motivación que han sido planteadas por varios autores a través de los años. Esto ayuda a comprender la conducta humana.

### **Teorías sobre motivación**

#### *Teoría de la Jerarquía de las Necesidades de Maslow (1954)*

La teoría de Abraham Maslow se sustenta en un ordenamiento que se orienta tomando en cuenta desde las necesidades más elementales hasta las más elevadas y que son las que tienen relación con el crecimiento personal y la satisfacción del individuo, en sus diferentes ámbitos (Cerdas, 2006).

Esta teoría postula que cada persona tiene una jerarquía de cinco necesidades:

1. Fisiológicas: como alimento, agua, temperatura adecuada, aire, reposo, entre otras que se requieren para mantener el cuerpo en estado de equilibrio.
2. De seguridad: como estabilidad personal, ausencia de amenazas, etc. La necesidad de ser protegido de riesgos al cuerpo.
3. Sociales: como afecto, vinculación social, interacción, amor, etc. La necesidad de atención y actividad social es una de las principales dentro de esta categoría, ya que el individuo desea relaciones afectuosas con las personas en general y desea contar con un sitio respetable en su grupo.
4. Estima: tanto autoestima, como reconocimiento externo, deseo de autorrespeto, de poder, de logros, de suficiencia, de sabiduría y competencia, de confianza en la paz del mundo y de independencia y libertad. También incluye en este grupo el deseo de obtener reputación, prestigio, respeto y estimación de otras personas.
5. Autorrealización: cómo llegar a ser lo que es capaz de ser de forma continuada. Hace referencia al deseo que siente el ser humano de autocumplimiento, o sea la tendencia a estar actualizado con respecto a lo que él es potencialmente.

Dicha teoría rescata el hecho de que cuando una de estas necesidades está notable (aunque no plenamente satisfecha) deja de motivar y, será la siguiente más elevada de la jerarquía la que motive, pero no entrará en juego una necesidad superior en tanto no esté ampliamente satisfecha la inmediatamente inferior (Guillén y Guil, 2000).

Es importante reconocer que el esquema de necesidades de cada persona es distinto, por lo que no se puede utilizar un solo método para determinar a todos los

individuos hacia una tarea específica. Las diferencias que pueden esperarse, en los esquemas de las necesidades, serán tan grandes como las diferencias en interés, aptitudes y actitudes entre los individuos. De esta manera, como resultado de experiencias, satisfacciones y frustraciones anteriores en la vida del individuo algunas necesidades se han hecho más fuertes que otras (Cerdas, 2006).

Para Maslow debido a la diferencia en los esquemas de necesidades y a su naturaleza cambiante, es importante que se utilice una pluralidad de incentivos en proporciones variables. Esto debido a que los incentivos que para una persona son los mejores pueden no serlo para otra. La comprensión de la variada gama de incentivos proporciona (según este autor) una mayor posibilidad de crear un ambiente de trabajo saludable y productivo. Así, según Maslow para crear un clima motivacional adecuado en cualquier organización, es importante que estén presentes los siguientes incentivos, los cuales son imprescindibles para lograr un ambiente de trabajo saludable y productivo (Cerdas, 2006):

- **Dinero:** El dinero es un incentivo complejo que literalmente significa distintas cosas para diferentes personas. Para el individuo que está en desventaja económica significa proveerse de alimento, abrigo y ropa. Para el que se encuentra en condiciones estables significa una fuente de poder y prestigio. Debido a los diferentes significados que los individuos pueden dar al dinero no puede suponerse que un aumento en dinero dará como resultado mayor productividad y satisfacción en el trabajo.
- **Seguridad:** Es el anhelo del individuo por la necesidad de seguridad de todo tipo: física, psicológica y económica; se ve en todas las organizaciones que tienen empleados y empleadas. Puede servir como un importante incentivo que induce a

permanecer en una organización y a alcanzar un nivel mínimo satisfactorio de desempeño. Para otra persona, la seguridad puede proporcionarle un sentido de libertad o independencia que lo estimula a participar más plenamente en el puesto y a trabajar hacia el logro de los objetivos de la negociación.

- **Afiliación:** Es considerada la necesidad de unirse con otros en relaciones que sean mutuamente satisfactorias y de apoyo. Si el clima de la organización provee condiciones para el establecimiento y mantenimiento de las relaciones, mutuamente satisfactorias y de apoyo entre sus miembros nuevos y antiguos, es probable que haya mayor satisfacción entre los individuos que interactúan en una organización.
- **Estima:** Consiste en oportunidades para ejecutar tareas que se consideran de importancia dentro de la organización y de la sociedad. La satisfacción de las necesidades de estima puede cumplirse mediante una variedad de incentivos que principalmente implican prestigio y poder.
- **Autorrealización:** Los incentivos para lograr satisfacer las necesidades en esta categoría incluyen la oportunidad para lograr una sensación de competencia ocupacional y logro. La competencia ocupacional se refiere a la habilidad, desempeño y al conocimiento por parte del individuo de lo que es capaz de hacer y no hacer.

Maslow indica, por otra parte, que en la mayoría de las personas, las necesidades están parcialmente satisfechas de lo que se desprende que no es requisito de una necesidad estar completamente satisfecha para pasar a la siguiente (Cerdas, 2006).

### *Teoría X-Y de Mc Gregor (1960)*

Este autor contrapone dos teorías acerca de la condición humana: La teoría X, con una visión pesimista del ser humano, entiende que a las personas no les gusta trabajar, así que si pueden, no lo harán. Para que lo hagan y lograr así las metas de la organización habrá que presionarlos, controlarlos o amenazarlos. Además, los trabajadores evitan asumir responsabilidades y prefieren una dirección formal; la mayoría concede más importancia a la seguridad que a otros factores laborales y no tienen grandes ambiciones (Guillén y Guil, 2000).

Esta teoría corresponde a una dirección propia de un modelo mecanicista. Está basada en la premisa de que la motivación de la persona se relaciona con incentivos que recibe para realizar un trabajo. Las suposiciones que inciden en ella son las siguientes:

- Al personal no le gusta trabajar y siempre que puedan tratarán de no hacerlo.
- Como al personal no les gusta trabajar, deben ser sujetos a presiones, controles o amenazas de castigo para alcanzar las metas.
- El personal elude la responsabilidad y busca dirección formal siempre que puede.
- La mayor parte del personal concede más importancia a la seguridad que a cualquier otro factor laboral y no tiene grandes ambiciones (Cerdas, 2006).

La teoría Y contrapone a la anterior una visión optimista de las personas. Parte de los supuestos de que a los empleados sí que les gusta trabajar, que se autocontrolan, que asumen responsabilidades y que, en general, son capaces de tomar decisiones creativas. Las investigaciones posteriores concluyen que ambas teorías ("X", "Y") pueden ser idóneas dependiendo de la situación (Guillén y Guil, 2000).

En síntesis, esta teoría parte de los siguientes supuestos:

- El personal piensa que el trabajo es algo tan natural como el descanso o el juego.
- Las personas son capaces de autodirigirse y controlarse solas si se dedican a alcanzar los objetivos.
- La persona media puede aprender a aceptar la responsabilidad e incluso a buscarla.
- La capacidad de tomar decisiones innovadoras está muy difundida en toda la población y no siempre es dominio exclusivo de quienes ocupan puestos administrativos (Cerdas, 2006).

#### *Teoría Biofactorial de Herzberg (1959)*

También llamada “Teoría de la motivación-higiene”. El supuesto básico de este autor es que los factores que dan lugar a la satisfacción e insatisfacción en el trabajo no son dos polos opuestos de una única variable, sino que hay dos factores distintos (Guillén y Guil, 2000):

El factor satisfacción-no satisfacción está influenciado por los factores intrínsecos o motivadores del trabajo como el éxito, el reconocimiento, la responsabilidad, la promoción y el trabajo en sí mismo.

El factor insatisfacción-no insatisfacción depende de los factores extrínsecos, de higiene o ergonómicos, que no son motivadores en sí mismos, pero reducen la insatisfacción. Entre estos factores están la política de la organización, la dirección, la supervisión, las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo o los salarios.

Esta teoría ha sido ampliamente criticada (Locke, 1976; Mundéate, 1984) tanto por su metodología (supone que existe una relación entre satisfacción y productividad, pero en su metodología incluye la satisfacción y no la productividad), como porque más que una teoría de la motivación, sería una teoría de la satisfacción laboral. No obstante, ha dado lugar a una técnica del enriquecimiento del trabajo que sigue vigente (Guillén y Guil, 2000).

#### *Teorías de las Motivaciones Sociales de Mc Clelland (1951-1961)*

La motivación laboral, está en función de tres necesidades o motivos cuya configuración se va perfilando a lo largo de su vida, fruto del aprendizaje:

- De logro: Afán de alcanzar el éxito, evitar el fracaso y realizarse según un modelo.
- De poder: Necesidad de influir sobre los demás y ejercer control sobre ellos.
- De afiliación: Necesidad de tener relaciones interpersonales afectivas (Guillén y Guil, 2000).

El motivo de logro ha sido el más estudiado de los tres (Atkinson y Feather, 1966) y la principal conclusión a la que se ha llegado es que las personas con un mayor motivo de logro prefieren trabajos con las siguientes características:

- Que el resultado dependa de su propio esfuerzo.
- Que tengan un grado moderado de dificultad o riesgos.
- En los que haya una retroalimentación concreta e inmediata sobre su ejecución.
- El motivo de poder es el que más se correlaciona con la eficacia como directivo.

Debido a que estas necesidades son aprendidas, la organización puede condicionar conductas favorables al rendimiento a través de recompensas vinculadas directamente con esa conducta. Ello porque la motivación sólo se activa mediante determinados estímulos, que inducen a la persona a pensar que una determinada conducta laboral satisfará esa necesidad (Guillén y Guil, 2000).

### *Teoría ERG de Alderfer (1969-1972)*

Esta teoría es una adaptación al ámbito laboral de la teoría de Maslow. Las modificaciones más destacadas son las siguientes:

Reduce a tres los cinco niveles de necesidades de ese autor, porque considera que algunas se solapan:

- Necesidades de existencia (E): incluyen las fisiológicas y de seguridad.
- Necesidades de relación (R): incluyen las sociales y de reconocimiento externo.
- Necesidades de crecimiento (G): incluyen las de autorrealización y autoestima.

Acepta que las necesidades satisfechas estimulan el deseo de satisfacer las de nivel superior. Sin embargo no deben satisfacer primero las necesidades del nivel inferior para que entren en juego las de un nivel superior; es más, según su hipótesis de frustración-regresión, si se frustra la satisfacción de un nivel superior, se activa la necesidad inferior (Guillén y Guil, 2000).

En general las teorías antes mencionadas hacen referencia a las necesidades como punto clave para motivar la conducta humana. El individuo busca actividades,

Debido a que estas necesidades son aprendidas, la organización puede condicionar conductas favorables al rendimiento a través de recompensas vinculadas directamente con esa conducta. Ello porque la motivación sólo se activa mediante determinados estímulos, que inducen a la persona a pensar que una determinada conducta laboral satisfará esa necesidad (Guillén y Guil, 2000).

### *Teoría ERG de Alderfer (1969-1972)*

Esta teoría es una adaptación al ámbito laboral de la teoría de Maslow. Las modificaciones más destacadas son las siguientes:

Reduce a tres los cinco niveles de necesidades de ese autor, porque considera que algunas se solapan:

- Necesidades de existencia (E): incluyen las fisiológicas y de seguridad.
- Necesidades de relación (R): incluyen las sociales y de reconocimiento externo.
- Necesidades de crecimiento (G): incluyen las de autorrealización y autoestima.

Acepta que las necesidades satisfechas estimulan el deseo de satisfacer las de nivel superior. Sin embargo no deben satisfacer primero las necesidades del nivel inferior para que entren en juego las de un nivel superior; es más, según su hipótesis de frustración-regresión, si se frustra la satisfacción de un nivel superior, se activa la necesidad inferior (Guillén y Guil, 2000).

En general las teorías antes mencionadas hacen referencia a las necesidades como punto clave para motivar la conducta humana. El individuo busca actividades,

objetivos o algún elemento que tenga potencial para satisfacerlas a nivel individual u organizacional. Se pretende lograr un equilibrio entre la satisfacción de las demandas y procurar un nivel aceptable de productividad (Cerdas, 2006).

Sin embargo, cada una de las teorías descritas se centra en algún aspecto de la motivación laboral, pero deja de lado otros aspectos sin pronunciarse sobre ellos. Son teorías que no se contraponen claramente: la validez de una no supone la invalidez de las demás; más bien algunas se pueden considerar complementarias. En esta línea de pensamiento han trabajado varios autores y han propuesto modelos integradores de diferentes teorías (Guillén y Guil, 2000).

Así Robbins (1994) propone un modelo de integración en el que coordina la teoría de las expectativas, al relacionar el esfuerzo con el rendimiento. Además se relaciona éste último con las recompensas recibidas, y éstas con la satisfacción por las metas personales. Las metas dirigen la conducta y por tanto inciden en el esfuerzo que está dispuesto a hacer el sujeto; la teoría ERG propone que la motivación será mayor si las personas sienten satisfechas sus necesidades dominantes a través de las recompensas recibidas. Tiene en cuenta, también, las teorías de las motivaciones sociales, sobre todo del motivo de logro, del reforzamiento, en cuanto la persona reconoce que las recompensas que obtiene por su conducta la refuerzan. La teoría de la equidad también se considera en cuanto las personas comparan las recompensas que obtienen con las que reciben los demás por conductas y metas similares. El procesamiento de la información social tiene lugar en cuanto la percepción de las características de la actividad tienen influencia en la motivación de las características objetivas de esa actividad (Guillén y Guil, 2000).

Recientemente Quijano y Navarro (1998) han propuesto también un modelo integrado de la motivación en el que ponen en relación las necesidades activadas de las personas y la percepción de la instrumentalizada o conexión entre el trabajo bien hecho con la satisfacción de esas necesidades, para dar lugar a la motivación esperada (IMES). Esta IMES se verá modulada por otros procesos cognitivos como la percepción de autoeficacia, (Bandura, 1977), los estados psicológicos críticos (Hackman y Oldham, 1976) y la percepción de equidad. De esta interacción surge la motivación como decisión de realizar un esfuerzo. Esta motivación unida a las habilidades y conocimientos personales darán lugar al desempeño y a los primeros resultados (el trabajo realizado), que relacionará con los segundos resultados (las recompensas que le produce). La percepción de todos los resultados que obtiene, unida a la comparación que hace de sus resultados con los de otras personas da lugar a un proceso dinámico motivacional (Guillén y Guil, 2000).

Las teorías de contenido indagan qué necesidades se tratan de satisfacer a través del trabajo. Las teorías de proceso explican cómo se produce la motivación. Los modelos integradores relacionan ambas para dar una visión global de la motivación (Guillén y Guil, 2000).

### **Motivación Intrínseca**

Es la que lleva a la satisfacción de las necesidades superiores, que según la clasificación de Maslow son las tres últimas de su pirámide: necesidades sociales, de estima y de autorrealización. Se denomina motivación intrínseca porque tiende a satisfacer estas necesidades a partir de las características de contenido y ejecución del

propio trabajo. Es decir se considera el tipo de trabajo y el proceso mismo de realizarlo (autonomía, oportunidades para poner en práctica los conocimientos y habilidades que se tienen). Es importante también el reconocimiento recibido de los demás y la autoevaluación por la ejecución. La responsabilidad personal implicada, el progreso social que reporta y el desarrollo personal que conlleva son también aspectos relevantes. Las personas con un nivel de formación medio o elevado y que responden a las características de la teoría “Y” de McGregor aumentarán su motivación si la organización mejora estas variables (Guillén y Guil, 2000).

Hackman y Oldman (1980) presentaron un “Modelo de las características del trabajo” en el que señalan que la motivación laboral intrínseca se produce cuando se dan en las personas tres resultados de su trabajo y conocimiento de estos. Las personas no reaccionan de la misma manera ante estas características; hay unas variables moduladoras de estos estados psicológicos críticos que son las siguientes: a) los conocimientos y destrezas que poseen, b) la necesidad de crecimiento y c) la satisfacción personal con determinados aspectos del contexto laboral (Guillén y Guil, 2000).

### **Motivación Extrínseca**

La motivación extrínseca satisface las dos primeras necesidades de la escala de Maslow o necesidades inferiores: las fisiológicas y las de seguridad. Se denomina “extrínseca” porque tiende a la satisfacción de estas necesidades a partir de aspectos externos a la propia tarea, como las retribuciones económicas (monetarias o en especie), o las características del contrato laboral (fijo, eventual, etc.). Esta motivación es más

propia de las personas para las que la actividad laboral no es un fin en sí misma, sino un medio para obtener otros fines. Las personas con las características del modelo X de McGregor incrementarían su motivación a partir de elementos de esta clase (Guillén y Guil, 2000).

Se ha estudiado el efecto de la introducción de las recompensas extrínsecas en las personas con motivación intrínseca. A partir de la “Teoría de la evaluación cognitiva” (Deci y Ryan, 1985) se concluye que cuando el refuerzo extrínseco se interpreta con una función informativa sobre la tarea, tiene un efecto positivo sobre la motivación intrínseca; pero cuando se aprecia en él una función de control, el efecto es negativo (Guillén y Guil, 2000).

### **Elementos que favorecen la motivación**

Los elementos favorecedores de la motivación no afectan a cada persona con la misma intensidad. Según las teorías de la motivación esta influencia va a depender - principalmente- de la percepción de cada persona sobre la funcionalidad que ese elemento tiene para satisfacer las necesidades que desea (Guillén y Guil, 2000).

A través de la investigación se han identificado una serie de elementos favorecedores de la motivación en el trabajo. Se pueden clasificar (de acuerdo con la teoría bifactorial de Herzberg) en factores de higiene que hacen referencia al entorno laboral y que tienen un carácter extrínseco al trabajo y factores motivadores que se refieren al contenido del trabajo y que tienen un carácter intrínseco (Guillén y Guil, 2000).

## 1. Factores de higiene:

- El salario y los beneficios. Incluye: el salario básico, los incentivos económicos, las vacaciones, el carro de empresa, etc.; según el grupo MOW (1987), el dinero es el aspecto más valorado del trabajo; aunque su potencial motivador está modulado por otras variables.
- La seguridad laboral o grado de confianza del trabajador sobre su continuidad en el empleo. La estabilidad en el empleo ha ido evolucionando en función de la situación de los mercados y de las tecnologías laborales; hoy día tiende a hacer escala. Uno de los mayores anhelos de los trabajadores es lograr un puesto estable que les proporcione seguridad y una continuidad laboral.
- Las posibilidades de promoción, de cara a conseguir un estatus laboral y social. Este hecho conlleva la posibilidad de alcanzar puestos más elevados dentro de la organización. Su existencia proporciona, en el trabajador, el sentimiento de que forma parte de un sistema en el que el desarrollo profesional y personal es importante, y en el que se reconocen las aptitudes, habilidades y potenciales de las personas. No obstante, no todos los trabajadores desean ser promocionados, con lo cual una política equivocada en este sentido puede ser perjudicial.
- Las condiciones de trabajo incluyen el horario laboral, las características del propio lugar de trabajo y sus instalaciones y materiales. Los trabajadores que ocupan puestos con riesgos físicos son los que más valoran estas condiciones físicas del trabajo (Peiró, 1990). Respecto del horario laboral se suelen preferir horarios compatibles con actividades que faciliten su vida personal (actividades lúdicas, familiares, etc) y rechazar los turnos rotatorios.
- El estilo de supervisión, o grado y forma de control de la organización sobre el contenido y realización de la tarea que lleva a cabo un trabajador.

- El ambiente social del trabajo será un facilitador de la motivación en tanto dé oportunidades de interacción con otras personas, proporcione feedback constructivo y permita la relación con el líder formal. Suele ser un aspecto muy valorado porque satisface necesidades sociales de afiliación y relación.

## 2. Factores motivadores:

- La consecución de logros. Alcanzar los objetivos de la tarea es para Herzberg el elemento motivador más importante.
- Las características de la tarea. Entre los atributos motivacionales se encuentran los siguientes:

El interés que despierta en el trabajador; es decir, si le gusta por sí misma.

La variedad de la tarea, en cuanto evite la rutina y la monotonía.

La posibilidad de que el trabajador pueda contemplar la tarea en su totalidad, desde que empieza hasta que termina.

La importancia que la tarea tiene en el contexto social.

La autonomía e independencia en el trabajo que conlleva la sensación de libertad, la necesidad de tomar decisiones y la responsabilidad respecto de la tarea. Esto suele aumentar la autoestima y autorrealización.

La implicación de conocimientos y habilidades. En general resulta motivadora una tarea que para el trabajador supone un reto de una dificultad intermedia.

- Retroalimentación y reconocimiento. Se define la primera como el grado en que la actividad laboral requerida por el trabajo proporciona al individuo información clara y directa sobre la eficacia de su ejecución. Lo anterior en referencia a la información suministrada desde la dirección del propio trabajo y, entendiendo el reconocimiento como información sobre la consecución de los objetivos.

## **Prácticas de actividad física y ejercicio físico en ambientes laborales**

El bienestar y la satisfacción son pues, requisitos básicos para garantizar la calidad en los productos y servicios de cualquier empresa. De esta manera se puede afirmar que una empresa está sana, o es saludable en el sentido más dinámico, cuando además de presentar una cuenta de explotación satisfactoria y un balance equilibrado, también puede mostrar la satisfacción y el bienestar de sus clientes internos; esto es, los trabajadores (Benavides, 1999).

Tomando en cuenta que la motivación y la satisfacción de los trabajadores está relacionada con los problemas de salud que padecen y considerando que estos están causados, en una parte significativa, por los factores de riesgo laborales, se puede concluir que una empresa o lugar de trabajo es saludable si las condiciones de trabajo promueven el bienestar físico, psíquico y social de sus trabajadores, lo que a su vez les permite desarrollar su trabajo de forma satisfactoria (Benavides, 1999).

Diversas entidades internacionales como la Federación Internacional de Medicina del Deporte (FIMS), la Red de Actividad Física de las Américas (RAFA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Center for Disease Control and Prevention (CDC) y la Declaración de Sao Paulo para promover la actividad física en el mundo, han reconocido que la práctica regular de actividad física es uno de los principales factores protectores en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Desde esta perspectiva, en los últimos años han surgido diversos programas de promoción y prevención con enfoques teóricos diversos (Mena, 2006).

El Programa “Muévete Bogotá” (MB) se considera uno de los principales programas en el ámbito local, regional y nacional, al punto que ha logrado reconocimiento internacional. Este programa ha sido entendido como “una estrategia pedagógica que busca generar cambio de hábitos en la población” hacia la práctica regular de actividad física y pretende incrementar la actividad física en diversos ambientes (la escuela y el trabajo) por medio de dos subprogramas denominados: “Muévete Escolar” y “Empresas Amigas”. Las Empresas Amigas son aquellas entidades, instituciones, asociaciones, grupos de trabajo de tipo laboral, educativo, comunitario o de salud, entre otras, que deseen promover programas de actividad física a usuarios, trabajadores, estudiantes, miembros, familias, trabajando conjuntamente con Muévete Bogotá en lograr la disminución del sedentarismo (Mena, 2006).

De esta manera, lo que se pretende, con la incorporación de un programa de ejercicio físico en la empresa, es dotar al trabajador de suficientes condiciones físicas y psicológicas para afrontar sin peligro, algunas de las demandas físicas de su puesto de trabajo. Para ello, el incorporar un programa de entrenamiento físico regular, controlado y supervisado por especialistas en actividad física y deporte, es el mejor medio de conseguir la reducción de las lesiones musculoesqueléticas que padecen los trabajadores (Isusi, 2000).

En Costa Rica, durante el año 2001 se incorporó en la compañía Wrangler un programa de ejercicio físico no aeróbico sobre la fuerza abdominal, flexibilidad, bienestar laboral y los índices de incapacidad, ausentismo y productividad laboral. Se concluyó que el programa desarrollado tuvo una incidencia positiva en el bienestar laboral de los empleados y empleadas de maquila, principalmente en las condiciones

laborales, de tensión, agotamiento y reconocimiento laboral. Asimismo por medio del ejercicio aplicado en la empresa, las mujeres tuvieron más facilidad de disminuir la tensión y agotamiento que los varones (Castro, 2002).

Aunado a lo anterior, la sensación subjetiva después del ejercicio no mejoró; por el contrario, la sensación de bienestar positivo disminuyó y aumentó el estrés psicológico y la tensión. El entorno laboral, al final del programa, influyó en dichos resultados, ya que se vivió la crisis mundial del 15 de setiembre del 2000. Por último, con el programa de elongación y movimiento articular no se logró mejorar significativamente la parte fisiológica de los trabajadores ya que no se observó cambios importantes en la prueba de abdominales y flexibilidad (Castro, 2002).

En este sentido, la actividad física puede tener una función compensadora sobre la calidad de vida ya que disminuye los niveles de ansiedad y depresión en adultos y es parte del estilo de vida. Así, varios programas de ejercicio o actividad física (dentro de un programa de promoción de salud en el sitio de trabajo) han disminuido los factores de riesgo en salud de los participantes y las demandas y los costos de atención de salud relacionados. Los sujetos con mejor condición física tienen menor incidencia de accidentes laborales y sus lesiones laborales son menos graves y menos costosas de tratar (Godoy, 2007).

De esta forma, el impacto económico potencial de la promoción de la salud que incluye la actividad física a corto plazo, es moderado para la conducta de salud del empleado y los costos de atención de salud. Se produce un ahorro de 51 - 61 dólares

por empleado (1 - 2 días menos de ausencia) y la productividad (4 - 25% de productividad aumentada) (Godoy, 2007).

Así, los beneficios de un programa en salud en el nivel laboral serían los siguientes:

1) Disminución en discapacidad (costos de salario) para pago durante días fuera del trabajo (incluyendo la contribución de la empresa a los organismos de seguridad laboral), recambio laboral, ausentismo laboral y gastos de atención de salud.

2) Aumento de productividad laboral y rendimiento laboral (Godoy, 2007).

De ser así, toda empresa entra en lo que se puede describir como el círculo virtuoso de la salud y la calidad, donde el cumplimiento de las normas que regulan la protección a la salud en las empresas no debería ser valorado como una imposición sino como una oportunidad para mejorar su cuenta de resultados; aunque esto pueda significar -en el corto plazo- más que un costo, una inversión en la organización del servicio de prevención y en la planificación de las actividades preventivas (Benavides, 1999).

En relación con lo anterior, en un estudio elaborado por Gibbs, Mulvaney, Henes y Reed (1985) se comparó a un grupo de participantes de campo en programas de promoción de salud, con otros empleados. Lo anterior en el ámbito de la utilización de asistencia médica medida por reclamos al seguro. Los participantes tendieron a contraer los costos más altos de asistencia médica que los que no participaron durante el período de seis meses, después de que el programa empezara. Sin embargo, un análisis profundo de uno de los grupos muestra que los costos de los participantes disminuyeron en

comparación con los que no participaron en los períodos siguientes. En términos generales, durante 4,75 años después del programa, los participantes en éste programa (promoción de la salud) promediaron 24% menos en gastos de asistencia médica que los que no participaron. Los ahorros atribuidos en costos de asistencia médica exceden los costos del programa para el grupo de participantes 1,45 veces. Los puntos encontrados refuerzan sustancialmente las conclusiones de otros estudios controlados de manera que la promoción de la salud en el lugar de trabajo reduce los costos de asistencia médica.

En un estudio elaborado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, citado por Soto y Garza (2007) se recopilaron los resultados positivos de diversos programas de ejercicio físico que se implantaron en diferentes empresas americanas. A saber:

1. Empresa “Renco Forest Products”: Reducción de un 91% de lesiones al año de su implantación.
2. Empresa “Roseburg Forest Products Co.”: En 1 año hubo una reducción de un 80% de tiempo perdido a consecuencia de las lesiones.
3. Empresa “Smurfit News Print Corp.”: En 3 años hubo una reducción de un 95% de tiempo perdido a consecuencia de las lesiones.
4. El Centro Médico “Tigard Care Center”: En 5 meses se produjo una reducción de un 78% de tiempo perdido a consecuencia de las lesiones y una disminución del 96% de días no trabajados.

Por último, un estudio tuvo como objetivo relacionar la práctica de ejercicio físico y el absentismo debido a la enfermedad y las lesiones. Para ello participaron un

total de 21.924 sujetos trabajadores varones y como método utilizado se dividieron en los siguientes grupos:

1. No realizaban ejercicio físico.
2. Practicantes Tipo I realizaban ejercicio físico menos de 1 vez por semana.
3. Practicantes Tipo II realizaban ejercicio físico de 1-2 veces por semana.
4. Practicantes Tipo III realizaban ejercicio físico más de 3 veces a la semana.

Los resultados obtenidos fueron:

1. Los trabajadores que practicaban ejercicio físico tuvieron una incidencia significativamente menor de absentismo que los que no practicaban.
2. La proporción de casos de absentismo en los practicantes Tipo I, II y III fueron de un 10%, 10% y 14% más bajos con respecto de los no practicantes de ejercicio.
3. La relación de días de absentismo por cada trabajador, fue entre los practicantes tipo I de (5.1) y de tipo II (5.4) y entre los no practicantes de (8.9)
4. Los practicantes tuvieron entre 0.5-0.8 días menos de absentismo al año que los que no practicaban (1.0) (Soto y Garza, 2007)

Con base en los resultados de los diferentes estudios mostrados, la incorporación de un programa de ejercicio físico que mejore la forma física del trabajador tiene una relación positiva en la disminución de la tasa de absentismo y bajas laborales producidas por un trastorno musculoesquelético. También se observa que los programas de aumento de la fuerza del trabajador mejoran la eficacia de la manipulación de la carga y transporte de ésta (Isusi, 2000).

Por otra parte, aunque aún no existe una explicación adecuada de la etiología de la ansiedad, se involucran factores genéticos, cognitivos y neurobiológicos; además de factores conductuales y ambientales donde el estilo de vida sedentario también posee influencia. Para comprender mejor la ansiedad y el ejercicio, resulta útil también la distinción que se efectúa entre ansiedad rasgo (AR) y ansiedad estado (AE). El ejercicio agudo se asocia con reducciones de pequeñas a moderadas en AE, mientras que el ejercicio crónico se asocia con reducciones pequeñas a moderadas en AR (Barrios, 2006).

En ese sentido, la actividad humana, y en este caso la actividad deportiva, se desarrollan en condiciones de relación social, que supone la cooperación y comunicación. Relacionado con lo anterior dos evaluaciones han sido conducidas en pacientes deprimidos para determinar el aumento de un programa de ejercicio aeróbico a su tratamiento usual, que mejora los resultados después de 12 semanas. En la primera evaluación, un grupo de ejercicio aeróbico poseía un resultado superior comparado con un grupo de control en términos de rasgos de ansiedad y en la entrevista de psiquiatría estándar. La segunda evaluación fue conducida, posteriormente, para comparar el programa de ejercicio aeróbico con baja intensidad. Ambos grupos mostraron mejoras pero no diferencias significativas entre ellos. En ninguna de las evaluaciones se encontró una correlación entre el grado de cambio en la salud física del sujeto por el ejercicio aeróbico y el grado de mejoría en los resultados psiquiátricos (Veale, Le Fevre, Pantelis, De Souza, Mann y Sargeant, 1992).

De esta manera, las investigaciones han demostrado que el ejercicio constituye un recurso terapéutico efectivo, atractivo y de bajo costo. Puede contribuir no sólo al

tratamiento de problemas de salud mental fundamentales como la ansiedad y la depresión, sino también mejorar estados psicológicos de la población normal como la fatiga mental, el estrés, la pérdida de autoestima y los trastornos del dormir. Lo anterior ayudaría en la elevación del bienestar emocional con la consiguiente influencia sobre la salud y la calidad de vida (Barrios, 2006).

En una investigación titulada “Efectos de una intervención de actividad física del estilo de vida en las etapas de cambio y el gasto energético en los trabajadores sedentarios” cuyo objetivo era evaluar los efectos de una intervención en el lugar de trabajo sobre los cambios en la actividad física, se utilizó diseño casi-experimental en el que se recogieron datos en seis oficinas (n=211) de la administración federal Suiza. Ello antes y después de un periodo de intervención de 4 meses. Dos oficinas más (n=168) se utilizaron como grupo control. El método utilizado se basó en que los participantes rellenaron un cuestionario sobre las actividades físicas realizadas durante los últimos siete días (actividades cotidianas, actividades en tiempo de ocio y deportes) y las etapas de preparación para el cambio, juntamente con ítemes sobre variables demográficas. Los componentes del programa de intervención eran los siguientes: información, acciones para las actividades de la vida cotidiana, clases de preparación física y "counselling". En los resultados se encontró una diferencia significativa de más de 850kcal de energía gastada entre precontemplación-contemplación, preparación, y acción-mantenimiento. El examen de la línea de base y el seguimiento reveló una progresión significativa entre las etapas de cambio en las oficinas en que se ha intervenido (Titze y otros, 2001).

De esta manera la intervención ha permitido incrementar la proporción de individuos suficientemente activos en un 21%, exclusivamente en los lugares de trabajo con una proporción más baja de éstos, concluyendo que un programa de intervención diversificado en los lugares de trabajo, anima a los participantes a devenir más activos físicamente durante el tiempo de trabajo y el de ocio (Titze y otros, 2001).

Pese a lo anterior, la promoción de la actividad física no debe restringirse únicamente a las recomendaciones formuladas por los profesionales en salud. Se requiere una estrategia poblacional amplia e intensa para poder modificar la tendencia actual al aumento de inactividad que integre otras variables psicosociales retomando así al ser humano desde su perspectiva holística (Carreras y Ordoñez, 2007).

### **Capítulo III**

## **METODOLOGÍA**

En esta investigación se retomó como antecedente el plan piloto (“Cultivando Nuestra Salud”) de una intervención en salud, desarrollado con la mayor parte del personal del Instituto Nacional de Biodiversidad (INBio) a quienes se les ofreció la oportunidad de ser valorados. Dicho plan piloto consistió- primeramente- en la elaboración de un diagnóstico integral, previa reunión informativa y de motivación con jefaturas y autoridades superiores de la organización quienes avalaron la propuesta planteada. Posteriormente cada jefatura se reunió con su personal para consultarles si deseaban ser parte del programa. A partir de esta intervención se conformó el grupo inicial compuesto por alrededor de un 10% de la población (N=186) quienes participaron del programa que consistió en una sesión socioeducativa semanal y en dos sesiones semanales de ejercicio físico. Además se contó con el envío de un boletín informativo, vía correo electrónico, durante 16 semanas (ver anexo 1).

Posteriormente al finalizar el programa surge la interrogante del por qué si se les brindó la posibilidad de participar, un grupo sí estuvo interesado y la gran mayoría no, pese a saber los resultados poco saludables de sus evaluaciones (ver anexo 1). Por lo que la presente investigación pretende indagar en las razones que llevaron o no al personal de la organización a participar.

**Sujetos:**

La muestra del estudio estuvo conformada por un total de treinta sujetos, 16 mujeres (53.33%) y 14 hombres (46.66%) con una edad promedio de 39 años. Todos funcionarios de diferentes unidades del INBio, con estabilidad laboral. Este personal presenta poca deserción en la organización debido a la sensibilización e identificación con el tema de la biodiversidad.

De éstas, 15 personas (diez mujeres, cinco hombres), fueron elegidos directamente por haber participado en el programa “Cultivando Nuestra Salud” (Plan Piloto); durante la entrevista nueve personas refirieron haber dejado de practicar ejercicio físico y seis sujetos continuaron practicando algún tipo de ejercicio físico (yoga, ejercicio contra resistencia, baile y caminatas).

Mientras que los otros 15 sujetos (seis mujeres, nueve hombres), elegidos en forma aleatoria de la población total de la organización (N=186), no participaron del programa y estuvieron anuentes en ser parte de la muestra para la investigación respectiva. Durante la entrevista un total de siete sujetos eran sedentarios y ocho realizaban actividad física y ejercicio físico (caminatas, bicicleta, ejercicio contra resistencia).

**Instrumentos y materiales:**

Se utilizó una entrevista estructurada, diseñada por los investigadores y validada por el criterio de expertos en la materia (ver anexo 2), instrumentos sugeridos para la

investigación cualitativa por Thomas y Nelson (2007, pág. 367), para lo cual se cumplieron las siguientes etapas:

- Preselección de los ítems según aspectos a indagar (valoración de la salud integral, conocimiento de resultados, participación en el programa, sensibilización a través de boletines informativos, manejo de la información, participación en sesiones de ejercicio físico, principales razones para participar o no del programa, entre otros).
- Construcción del instrumento. Para ello la investigadora planteó preguntas generales con el fin de conocer la participación o no participación y el manejo de la información relacionada con la existencia del programa. Para indagar sobre las razones que hacen que una persona participe o no en un programa socioeducativo con ejercicio físico se agruparon las diferentes alternativas en cuatro variables de interés (comportamiento, socialización, crecimiento y /o mejoramiento personal, área socioeconómica y/o socioambiental), lo anterior es un recurso propio de la investigación cualitativa según Goetz y LeCompte (1984; citado por Thomas y Nelson, 2007).
- Consulta a expertos profesionales en Movimiento Humano, Psicología y Trabajo Social quienes revisaron el documento y aportaron algunas observaciones en relación con la estructura del instrumento.

La entrevista consta de 15 preguntas en total. Once de éstas tienen dos únicas alternativas de respuesta aunque en algunas se facilitó un espacio para que los sujetos explicaran y/o justificaran su selección; dos preguntas estructuradas específicamente sobre acciones y cambios en el estilo de vida fueron abiertas y en las últimas dos interrogantes sobre principales razones por las que participó o no de las sesiones de

ejercicio físico como parte del programa se brindó la posibilidad de seleccionar tres opciones enumerándolas según orden de importancia, estas últimas clasificadas en las cuatro variables de interés.

### **Procedimiento:**

Se visitaron las instalaciones de la organización y se solicitó el permiso a las jefaturas de los funcionarios y las funcionarias seleccionadas en la muestra, como aspecto fundamental en este tipo de investigación (Thomas y Nelson, 2007). Una vez que se contó con su autorización, se coordinó y asistió a las unidades respectivas.

Previo a la aplicación de la entrevista la investigadora se aseguró de que los sujetos participantes estuvieran de acuerdo en ser entrevistados y a su vez se les garantizó confidencialidad con relación a la información brindada. Posteriormente, la entrevista fue aplicada directamente por la investigadora quien informó a cada sujeto sobre el objetivo de la investigación. Una vez completado el procedimiento se agradeció a cada persona por el tiempo y la información facilitada.

### **Análisis de datos:**

Se realizó un análisis de datos por medio de la descripción e interpretación de los datos obtenidos mediante las entrevistas, la interpretación de los datos se realizó mediante las técnicas de exposición narrativa de presentación de resultados siguientes según Hernández, Fernández y Baptista (2008):

Por temas: ya que se agruparon las respuestas en categorías de interés: actividad física, alimentación saludable y variables psicosociales (crecimiento y mejoramiento personal, socioeconómico y socioambiental, socialización y comportamiento humano).

Por relación entre temas: por que se fusionó los temas de actividad física, alimentación saludable y componentes psicosociales.

Por contexto: ya que se consideró el ámbito laboral y las modificaciones realizadas por los funcionarios y las funcionarias en su cotidianidad, así como en su vida personal y familiar.

En relación con la literatura: puesto que se respaldó los resultados encontrados con algunas propuestas de otros autores.

Participativa: por que se consideró la percepción de los sujetos posterior a la participación en el programa de estilos de vida saludable.

Asimismo, se utilizaron porcentajes para plasmar resultados mediante la construcción de gráficos.

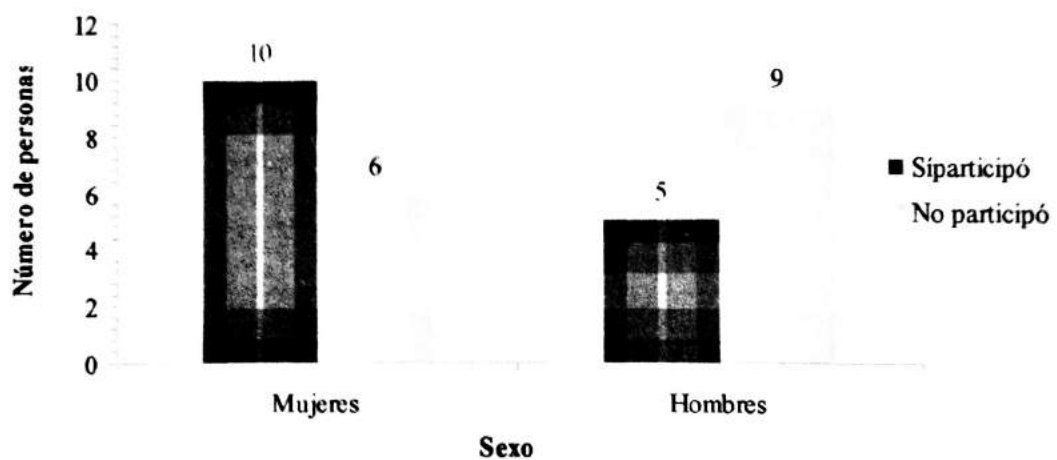
## Capítulo IV

### RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados más destacados del estudio. Dicha información se resume en tablas y gráficos, las cuales tienen adjunta su respectiva descripción.

La muestra seleccionada para la entrevista estuvo compuesta por un total de treinta personas de las cuales dieciséis eran mujeres (53.33%) y catorce hombres (46.66%) tal como se observa en el gráfico adjunto.

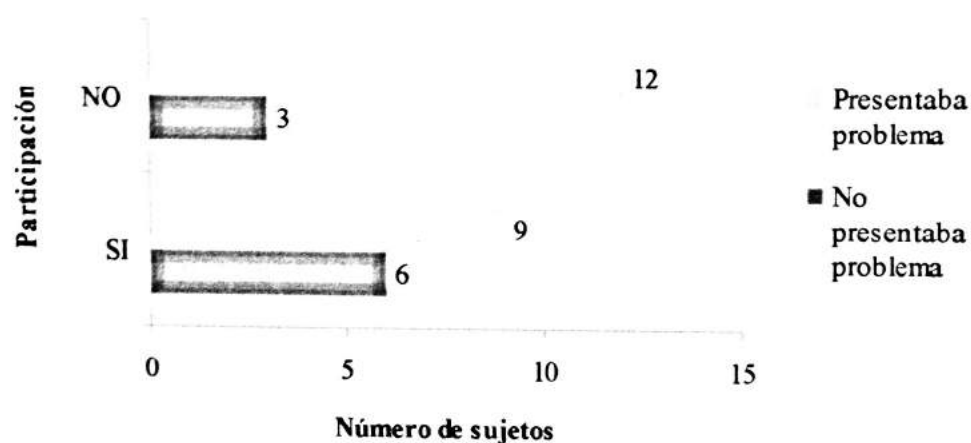
Gráfico 1. Total de la muestra seleccionada según el sexo



De esta muestra, la valoración integral fue realizada por veintiséis personas (86.66%). Las cuatro (13.33%) restantes se realizaron únicamente las pruebas bioquímicas. Además, veintinueve personas (96.66%) mencionaron conocer los resultados de esas valoraciones y tan solo una (3.33 %) señaló desconocerlos.

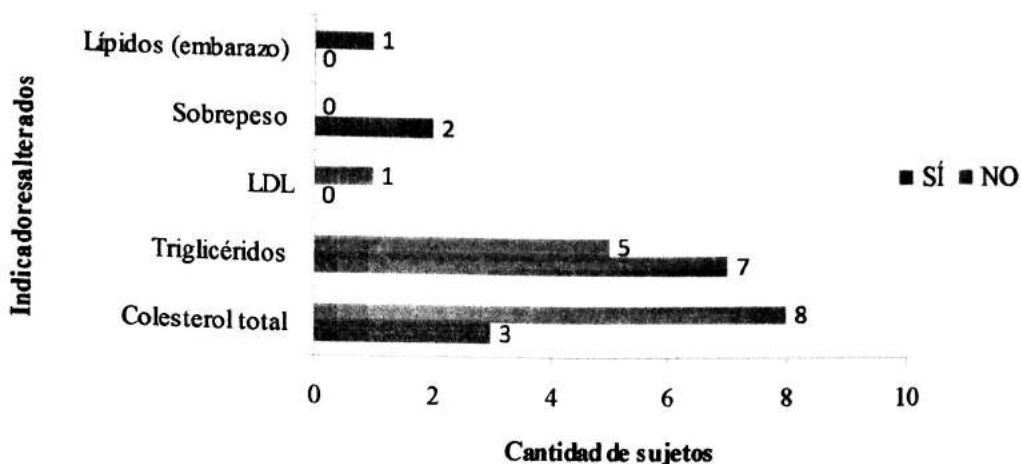
En cuanto a los resultados de las valoraciones, nueve personas (60%) de las que sí participaron del programa, presentaron problemas en algún indicador mientras que doce (80%) de las que no participaron del programa se encontraban en esta misma condición. Asimismo, seis personas (40%) de las que sí participaron en el programa obtuvieron una excelente condición en sus valoraciones y tan sólo tres sujetos (20 %) de los que no participaron del programa refirieron tener excelentes resultados; tal y como se resume en el gráfico dos adjunto.

**Gráfico 2. Comparación de las valoraciones de condición de salud en los sujetos que participaron y quienes no participaron en el programa (n=30)**



Los indicadores alterados, según los sujetos que participaron y no participaron en el programa, se muestran a continuación.

**Gráfico 3. Comparación de los indicadores alterados en los sujetos que participaron en el programa y quienes no lo hicieron (n=27)**

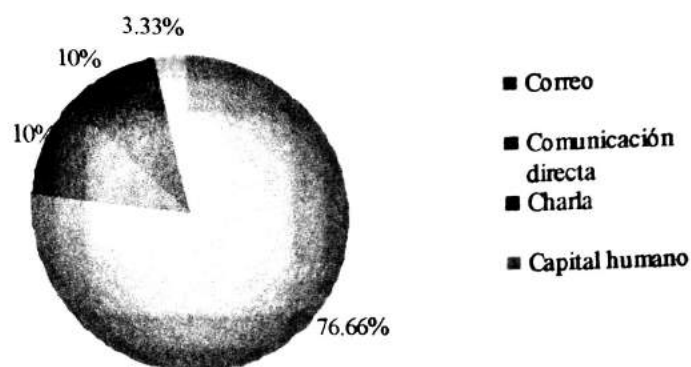


Como se observa en el gráfico anterior, ocho personas (29.62%) que no participaron del programa tienen alterado el colesterol total en contraposición a tres (11.11%) que sí participaron. Los triglicéridos salieron alterados en cinco personas (18.51%) que no participaron y en siete (25.92%) que sí lo hicieron; mientras que el LDL salió alterado en una persona (3.70%) que no participó.

Por otra parte, dos personas (7.40%) que sí participaron del programa afirmaron tener sobrepeso y por último una (3.70%), que no participó, presentó alteraciones en su perfil lipídico debido a su condición de embarazo.

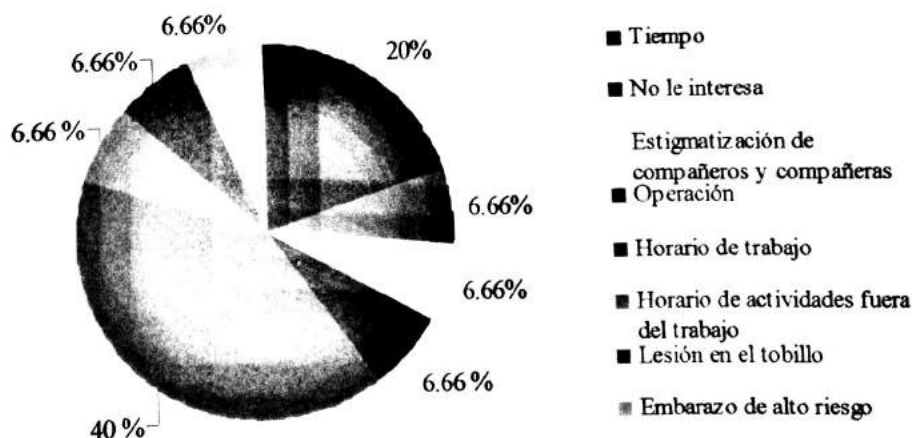
En cuanto a los medios por los cuales el personal entrevistado se enteró del programa de salud que se realizó en su lugar de trabajo, veintitrés (76.66%) mencionaron que obtuvieron la información por medio del correo electrónico interno. Tres personas (10%) refirieron que por comunicación directa de la investigadora; tres (10%) afirmaron que se enteraron del programa por medio de una charla y una persona (3.33%) mencionó, que conoció del programa que se desarrolló, por medio de la Unidad de Capital Humano, tal como se observa en el gráfico adjunto.

**Gráfico 4. Medios por los cuales los sujetos se enteraron que en su lugar de trabajo se realizó el programa de salud**



Los treinta sujetos (100 %) de la muestra seleccionada supieron que el programa consistía en sesiones socioeducativas semanales, boletines informativos enviados por correo electrónico y sesiones de ejercicio físico. Quince personas (50%) sí asistieron a las sesiones socioeducativas programadas, mientras que los quince restantes (50%) no asistieron por las razones que se detallan en el siguiente gráfico.

**Gráfico 5. Principales razones por las cuales los sujetos no asistieron a las sesiones socioeducativas semanales (n = 15)**

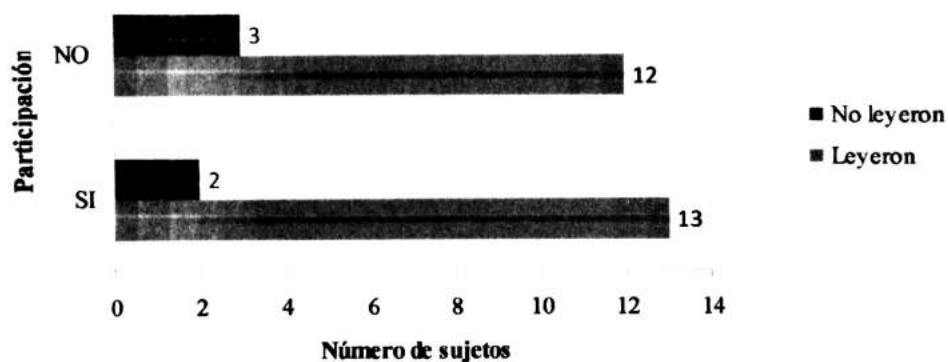


Tal como lo muestra el gráfico anterior, seis personas (40%) refirieron no haber asistido a las sesiones socioeducativas semanales debido a su horario de trabajo, seguido de tres sujetos (20%) que mencionaron como razón el tiempo. Por último los seis

restantes (6.66%) refirieron haber faltado porque no les interesaba, por temor a la estigmatización de sus compañeros y compañeras, por una operación, por el horario de actividades fuera del trabajo, por tener una lesión en el tobillo y por tener una condición de embarazo de alto riesgo.

Asimismo, la totalidad de la muestra tiene acceso a cuenta de correo electrónico en la institución y recibió los boletines informativos enviados semanalmente por este medio. Sin embargo, no todos los sujetos leyeron la información suministrada, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

**Gráfico 6. Comparación de la lectura de los boletines informativos entre los sujetos que participaron del programa y quienes no lo hicieron (n=30)**



Como se observa en el gráfico 6, del total de la muestra que sí participó del programa trece personas (86.66%) leyeron los boletines y dos (13.33%) no lo hicieron; mientras que, del grupo que no participó del programa, doce (80%) leyeron la información de los boletines y tres personas (20%) no lo hicieron.

En cuanto a las razones por las que no leyeron los boletines, dos personas (40%) que participaron del programa que no leyeron los boletines mencionan como razones la

falta de tiempo y la pereza y las tres (60%) que no participaron del programa anotaron la falta de tiempo, el desinterés y la priorización por tener el correo saturado.

**Tabla 2. Descripción para las principales razones por las que los sujetos sí participaron del programa de ejercicio físico (n=15)**

| Razones                                                           | Opción según orden de importancia |   |   | Total de<br>Sujetos |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---------------------|
|                                                                   | 1                                 | 2 | 3 |                     |
| Mejorar su salud                                                  | 9                                 | 1 | 1 | 11                  |
| Perder peso                                                       | -                                 | 2 | 4 | 6                   |
| Facilidad de horario y acceso                                     | -                                 | 1 | 5 | 6                   |
| Manejar el estrés                                                 | 3                                 | 2 | - | 5                   |
| Indicación médica                                                 | -                                 | 3 | 1 | 4                   |
| Disminuir el riesgo de padecer enfermedades                       | 1                                 | 3 | - | 4                   |
| Socializar, interactuar con compañeros y compañeras del trabajo   | 1                                 | 1 | 1 | 3                   |
| Mejorar las relaciones con los compañeros y compañeras de trabajo | 1                                 | - | 1 | 2                   |
| Satisfacción personal                                             | -                                 | 1 | 1 | 2                   |
| Mejorar el estado de ánimo                                        | -                                 | 1 | - | 1                   |
| Para relajarse                                                    | -                                 | - | 1 | 1                   |
| Por recreación                                                    | -                                 | - | - | -                   |
| No tenía posibilidad de matricular en gimnasio                    | -                                 | - | - | -                   |
| Fortalecer su autoestima                                          | -                                 | - | - | -                   |
| Combatir la ansiedad                                              | -                                 | - | - | -                   |
| Combatir la depresión                                             | -                                 | - | - | -                   |

Como se observa en la tabla anterior, del total de quince sujetos (100%) que sí participaron de las sesiones de ejercicio anotaron (según orden de importancia) como principales razones: 1.mejorar la salud (once personas = 73.33%); 2. Perder peso (seis

personas = 40 %), 3. Facilidad de horario y acceso (seis personas = 40%). Esto significa que las principales razones por las que el personal participó del programa de ejercicio físico fueron las siguientes: crecimiento y mejoramiento personal y por el área socioeconómica y socioambiental.

**Tabla 3. Descripción para las principales razones por las que los sujetos no participaron del programa de ejercicio físico (n=15)**

| Razones                                            | Opción según orden de importancia |   |   | Total de<br>Sujetos |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---------------------|
|                                                    | 1                                 | 2 | 3 |                     |
| Falta de tiempo                                    | 4                                 | 5 | 3 | 12                  |
| No le llama la atención el ejercicio aeróbico      | -                                 | 5 | 2 | 7                   |
| Exceso de trabajo                                  | 1                                 | 2 | 2 | 5                   |
| Falta de disciplina                                | -                                 | 2 | 3 | 5                   |
| Su jefatura no le autorizó salir antes del trabajo | 1                                 | 1 | 2 | 4                   |
| Considera tener escasa habilidad                   | 1                                 | - | 1 | 2                   |
| No tenía motivación                                | 1                                 | - | 1 | 2                   |
| Nunca antes ha hecho ejercicio                     | -                                 | - | - | -                   |
| Falta de apoyo en el hogar                         | -                                 | - | - | -                   |
| No cree que sea útil                               | -                                 | - | - | -                   |
| Otro*                                              | 7                                 | - | 1 | 8                   |

\*Asiste al gimnasio, operado, realiza spinning en la casa, horario de trabajo, lesión, embarazo, cirugía programada.

La tabla anterior muestra las principales razones señaladas por el personal que no participó de las sesiones semanales de ejercicio físico. Sobresalen, en primer lugar, la falta de tiempo (doce sujetos = 80%). Como segunda razón está “otros”, haciendo referencia específicamente a lo siguiente: asiste al gimnasio, operado, realiza spinning en la casa, horario de trabajo, lesión, embarazo, cirugía programada (ocho personas =

53.33%) y como tercera razón no le llama la atención el ejercicio aeróbico (siete sujetos = 46.66%). Todas éstas se agrupan en el área del comportamiento personal.

**Tabla 4. Descripción para las acciones que puso en práctica el personal que participó y no participó del programa a partir de la información recibida (n=30)**

| <b>Sí participó</b>                                                                                                                                                                                                                                          | <b>No participó</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Acción de cambio</b>                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Acción de cambio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Alimentación saludable (cambios en la alimentación, porciones, comer más frutas y vegetales, tomar más agua, aumentar el consumo de ensaladas, lectura de etiquetas ) (15)                                                                                   | Alimentación saludable (dejar de comer tantas harinas, sustitución del azúcar, disminución de su dieta, aumento del consumo de proteína, consumo de más vegetales, reducir frituras, disminución de porciones, consumir más frutas, comer más despacio, no comer embutidos, disminuir el consumo de grasas, eliminar el consumo de comidas rápidas) (13) |
| Actividad física y ejercicio físico (iniciar la práctica de actividad física, ejercicios de estiramiento y flexibilidad, incorporación al grupo de taichi, constancia en el ejercicio, hacer ejercicio en la casa, caminata de 2 a 3 veces por semana ) (10) | Actividad física y ejercicio físico (matricularse en un gimnasio, hacer bicicleta estacionaria, caminar, buscar un tipo de actividad física, nadar) (6 )                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | Leer la información de los boletines (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | Ninguno (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Como se observa en la tabla anterior, las personas que sí participaron del programa realizaron cambios en dos áreas principalmente: 1. alimentación saludable y 2. actividad física. En cuanto a la primera, un total de diez la mencionaron haciendo referencia a varias modificaciones. Entre ellas el consumo de más frutas y vegetales, incremento en la ingesta de ensaladas, lectura de etiquetas y aumento del consumo de agua. En relación con los cambios en su actividad física, quince personas señalaron que

en forma posterior a la información recibida iniciaron su práctica así como la ejecución de ejercicios de estiramiento y flexibilidad. Otros se incorporaron al grupo de taichi que se conformó en la institución y tuvieron la constancia requerida en el ejercicio.

Por otra parte, los que no participaron del programa realizaron varios cambios. En cuanto a alimentación saludable se refiere trece mencionaron como modificaciones efectuadas la sustitución del azúcar, el aumento en el consumo de proteína, vegetales y frutas, la disminución en las porciones de alimentos y el consumo de grasas, entre otros hábitos.

En relación con la actividad física, seis sujetos la anotaron como acción, destacando la matricula en un gimnasio, la práctica de bicicleta estacionaria, el caminar, y el nadar, entre otros.

Asimismo un sujeto señaló (dentro de los cambios efectuados) la lectura de la información de los boletines y por último dos mencionaron no haber realizado ningún cambio.

**Tabla 5. Descripción para los cambios en el estilo de vida y que hoy día mantiene el personal que participó y no participó del programa (n=30)**

| <b>Sí participó</b>                                                                                                                                                                     | <b>No participó</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Acción de cambio</b>                                                                                                                                                                 | <b>Acción de cambio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Alimentación saludable ( porciones, disminución de harinas, tomar más agua, consumir más frutas y verduras, aumento del consumo de ensalada, comer más frutas de diversos colores) (11) | Alimentación saludable (sustituir y disminuir el consumo de azúcar, comer más fruta, comer más despacio, consumir vegetales en todas las comidas, disminuir el consumo de vino, dejar de comer frituras, eliminar el consumo de embutidos, disminuir el consumo de carbohidratos, comer más vegetales y frutas, tomar agua) (14) |
| Actividad física y ejercicio físico (gimnasio, yoga, estiramiento, posturas adecuadas, ejercicios de flexibilidad, caminar más en el trabajo) (8)                                       | Actividad física y ejercicio físico (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ninguna, no ha seguido control (2)                                                                                                                                                      | Dejar de fumar (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                         | Leer más información sobre salud (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                         | Autocuidado (asistir a fisioterapia) (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                         | Perder peso (14 kg) (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                         | Ninguno (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

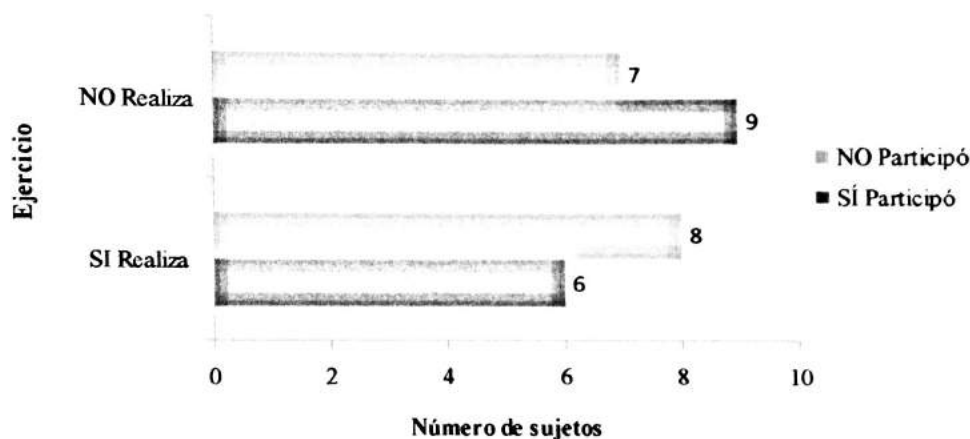
La tabla anterior muestra los cambios en el estilo de vida y que hoy día mantiene el personal de la institución. Los sujetos que sí participaron (once de ellos) mencionaron haber realizado modificaciones en su alimentación en procura de una mejor salud. Le sigue la actividad física y el ejercicio físico (ocho), mientras que dos no han seguido ningún control.

De los sujetos que no participaron del programa, catorce coincidieron en los cambios realizados en su alimentación, sobresaliendo entre otros aspectos, la sustitución

y disminución en el consumo de azúcar, el aumento en el consumo de frutas y vegetales, la disminución en la ingesta de vino, el comer más despacio y el eliminar el consumo de embutidos.

Asimismo otros mencionaron haber realizado cambios en su nivel de actividad física, el dejar de fumar, el leer más información sobre salud, el promover su autocuidado y perder peso. Por último, un sujeto reconoció no haber realizado ningún cambio.

**Gráfico 7. Comparación entre los sujetos que participaron y quienes no participaron del programa que realizan ejercicio físico en este momento (n=30)**



Como se observa en el gráfico 7, de los quince sujetos (100%) que sí participaron del programa seis (40%) realizan ejercicio en este momento y nueve (60%) no lo hacen. La frecuencia promedio por semana es de 3.16 con una duración promedio de 53.33 minutos.

Por otro lado, de los quince sujetos (100%) que no participaron del programa ocho personas (53.33%) sí practican ejercicio actualmente y siete (46.66%) no lo

realizan. La frecuencia promedio por semana es de 2.87 con una duración promedio de 70.62 minutos.

## **Capítulo V**

### **DISCUSIÓN**

El objetivo de esta investigación fue determinar las variables psicosociales involucradas en la participación y no participación de un programa que promueve estilos de vida saludables en el personal de una organización.

Las variables psicosociales que llevaron a las personas a participar del programa, específicamente de las sesiones de ejercicio físico, sobresalen según orden de importancia: mejorar su salud, perder peso, facilidad de horario y acceso, manejar el estrés, indicación médica, para disminuir el riesgo de padecer enfermedades, para socializar e interactuar con compañeros y compañeras del trabajo, mejorar las relaciones con éstos, por satisfacción personal, para mejorar el estado de ánimo y para relajarse. Estas afirmaciones evidencian lo señalado por algunos autores en cuanto a los factores motivantes de naturaleza objetiva (libre elección en forma espontánea o gracias al consejo de otras personas) y subjetiva (motivaciones de tipo psicológico más personales relacionadas con la mentalidad, con las expectativas y las aspiraciones), determinando así el comportamiento y la interacción entre los diversos estímulos según las necesidades objetivas y del medio ambiente (Weinberg y Gould, 1996; De Bellis, 1995; Barrios, 2006 y Gieri, 1998). Esto significa que las principales razones por las que el personal participó del programa de ejercicio físico fueron las siguientes: crecimiento y mejoramiento personal y por el área socioeconómica y socioambiental lo cual concuerda con la investigación de Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez (2008) en la cual se concluye que el bienestar psicológico sí está asociado a la práctica regular de ejercicio físico, independientemente del tipo de ejercicio practicado; es decir, la práctica

de ejercicio físico tiene una relación directa con el crecimiento y mejoramiento personal.

Asimismo, las variables psicosociales, mencionadas por los sujetos, tienen relación directa con tres de las necesidades postuladas por Maslow: sociales, estima y autorrealización ya que sobresalen las relaciones afectuosas, el respeto de su grupo de pares y el reconocimiento externo. Además es importante reconocer que el esquema de necesidades de cada persona es distinto, por lo que no se puede utilizar un solo método para determinar a todos los individuos hacia una tarea específica. De ahí que las diferencias que pueden esperarse en los esquemas de las necesidades sean tan grandes como las diferencias en interés, aptitudes y actitudes entre las personas (Guillén y Guil, 2000; Cerdas, 2006) tal como se reflejó en esta investigación. Dada esta diferencia en los esquemas de necesidades y a su naturaleza cambiante, es importante que se utilice una pluralidad de incentivos en proporciones variables. Esto debido a que los incentivos que para una persona son los mejores pueden no serlo para otras.

Específicamente en el ambiente laboral, los factores psicosociales representan el conjunto de las percepciones y experiencias del empleado y abarcan diversos aspectos. Algunos de éstos se refieren al trabajador, individualmente; mientras que otros están ligados a las condiciones y al medio ambiente de trabajo. Otros se refieren a las influencias económicas y sociales ajenas al lugar de trabajo, pero que repercuten en él (Juárez, 2007). En este sentido, el crecimiento y mejoramiento personal y el área socioeconómica y socioambiental como resultados externados por los sujetos de esta investigación fueron básicos para su participación en el programa.

De esta manera se refuerza también cómo las motivaciones para la práctica de actividad física varían según la clase social de pertenencia y el hecho de compartir con sus pares; lo cual, a su vez, está determinado por múltiples necesidades biológicas, cognitivas, afectivas y sociales (Bianchi y Brinnitzer, 2000; Valdés, 1996).

Así, las variables psicosociales y motivos de participación, en la actividad física, son diversos según se concluyó en la investigación, tal y como lo retoman varios autores (Pavón, Moreno, Gutiérrez y Sicilia, 2003; Durand, 1988; Recours, Souville y Griffet, 2004; López y Villalobos, 2004; Garita, 2006; Bianchi y Brinntzer, 2000).

Además de lo anterior resulta trascendental retomar los patrones culturales que traen los individuos y los que se crean al interior de las organizaciones como parte de los factores motivantes para la adquisición de nuevos aprendizajes y el cambio en sus estilos de vida. Lo anterior debido a que los determinantes individuales actúan, modifican y son modificados por el medio social. Por tanto se enlazan con el momento histórico, político, económico y con las condiciones ambientales y laborales y todas ellas tienen la capacidad de cambiar el estado de salud - enfermedad, en los individuos y en las sociedades (Villalobos, 2006).

Por el contrario, las personas que no participaron de las sesiones de ejercicio físico mencionaron dentro de sus principales razones; la falta de tiempo, otro (asiste ya al gimnasio, está operado, realiza spinning en la casa, el horario de trabajo, tiene una lesión, está en estado de embarazo, tienen una cirugía programada), no le llama la atención el ejercicio aeróbico, tiene exceso de trabajo, falta de disciplina, su jefatura no le autorizó salir antes del trabajo, no tenía motivación y por último considera tener

escasa habilidad para el tipo de ejercicio realizado. Esto significa que las principales razones por las que el personal no participó de las sesiones de ejercicio físico fueron: 1.comportamiento lo que hace referencia a los aspectos meramente individuales y 2.área socioeconómica y socioambiental en donde se ubica el apoyo o ausencia de éste de personas externas; en este caso jefaturas; es decir, el cambio de conducta no es únicamente un asunto de responsabilidad personal dado que es influenciada por factores ambientales, tal como lo señala (Huerta, 2006) quien reconoce que la economía, el mercado y las dinámicas culturales son fuerzas poderosas moldeando patrones de alimentación y actividad física.

Pese a lo anterior, indagando en la práctica de ejercicio físico de los sujetos, es notorio el mejoramiento y cambio en su conducta, puesto que en este momento, más de la mitad realiza ejercicio físico lo cual se puede asociar con uno de los hábitos positivos del estilo de vida tal como mencionan Godoy (2007) y Ayaso y Barreiro (2003). Por lo anterior se puede afirmar que este grupo poblacional no estaría entre el 60% y el 85% de adultos sedentarios o casi sedentarios (Gutiérrez, Sarmiento y Florez, 2002).

Aunado a lo anterior, durante el desarrollo del programa, la totalidad de personas realizó varios cambios en su cotidianidad a partir de la información recibida. De esta forma, los individuos que sí participaron realizaron modificaciones en el tipo de alimentación procurando el consumo de alimentación más saludable y la práctica de actividad física. En cuanto a la primera, hicieron referencia a modificaciones específicas como el aumento en el consumo de frutas, vegetales y ensaladas, mayor consumo de agua y la lectura de etiquetas. En relación con los cambios en la actividad física, los sujetos mencionaron el inicio de su práctica como parte de sus estilos de vida, así como

la ejecución de ejercicios de estiramiento y flexibilidad, la incorporación al grupo de taichi que se conformó en la organización y la constancia que han tenido en el ejercicio.

Por otra parte, los funcionarios y las funcionarias que no participaron del programa realizaron también valiosas modificaciones. En cuanto a la alimentación sobresale la sustitución del azúcar, el aumento en el consumo de proteína, vegetales y frutas, la disminución en las porciones de alimentos y del consumo de grasas. En relación con la actividad física, destaca la matrícula en un gimnasio, la práctica de bicicleta estacionaria, caminar y nadar, entre otros. Asimismo un sujeto señaló (dentro de los cambios efectuados) la lectura de la información de los boletines y por último dos de ellos mencionaron no haber realizado ningún cambio. Lo anterior evidencia la necesidad de gestar y mantener procesos que impacten, positivamente, las empresas aunque sea un reto para la gestión del talento humano en busca de construir organizaciones saludables tal como lo menciona Villalobos (2006) puesto que pese a haberse desarrollado el programa en corto tiempo los cambios cualitativos fueron significativos.

Además de estos cambios realizados por los sujetos a partir de la información recibida, el personal mantiene hoy día varias acciones. Los sujetos que sí participaron concuerdan con haber mantenido sus cambios en la alimentación saludable (once de ellos) seguida de la actividad física y ejercicio físico (ocho), mientras que dos sujetos no han seguido ningún control.

En cuanto a los sujetos que no participaron del programa, coincidieron en el mantenimiento de los cambios realizados en su alimentación (catorce) sobresaliendo,

entre otros aspectos, la sustitución y disminución en el consumo de azúcar, el aumento en el consumo de frutas y vegetales, la disminución en la ingesta de vino, el comer más despacio, el eliminar el consumo de embutidos. Otros mencionaron haber realizado cambios en su nivel de actividad física, dejar de fumar, leer más información sobre salud, promover su autocuidado y perder peso. Por último, un sujeto reconoció no haber realizado ningún cambio.

Finalmente y teniendo como base estos logros, resulta necesario potenciar el control de los sujetos sobre los determinantes sociales de su salud -empoderamiento- así como implementar encuadres de trabajo grupal permanente que ayuden al cambio de valores, actitudes, creencias y comportamientos de los usuarios y usuarias en lo relativo al proceso salud, enfermedad y atención. Ello debido a que muchos sujetos tienen creencias positivas acerca de los beneficios que obtendrán con su participación tal como se evidenció en esta investigación (Duro, 2003; Barrios, 2006).

## Capítulo VI

### CONCLUSIONES

- Las principales razones psicosociales por las cuales el personal participó de las sesiones de ejercicio físico fueron: crecimiento y mejoramiento personal y por el área socioeconómica y socioambiental.
- Las variables psicosociales, mencionadas por los sujetos, tienen relación directa con tres de las necesidades postuladas por Maslow: sociales, estima y autorrealización ya que sobresalen las relaciones afectuosas, el respeto de su grupo de pares y el reconocimiento externo.
- Las principales razones por las que el personal no participó de las sesiones de ejercicio físico fueron: 1.comportamiento lo que hace referencia a los aspectos meramente individuales y 2.área socioeconómica y socioambiental en donde se ubica el apoyo o ausencia de éste por parte de personas externas (jefaturas).
- Es notorio el mejoramiento y cambio en la conducta del personal, puesto que en el momento de la investigación, más de la mitad realiza ejercicio físico, lo cual se puede asociar con uno de los hábitos positivos del estilo de vida.
- Durante el desarrollo del programa, la totalidad de personas realizó varios cambios en su cotidianidad a partir de la información recibida. Los individuos que sí participaron realizaron modificaciones en el tipo de alimentación procurando el consumo de alimentación más saludable así como la práctica de actividad física. Los

funcionarios y las funcionarias que no participaron del programa realizaron también valiosas modificaciones. Por ejemplo práctica de actividad física regular (caminar, nadar, entre otros).

- Posterior al programa el personal mantuvo varias acciones positivas en su estilo de vida. Los sujetos que sí participaron concuerdan con haber mantenido sus cambios en la alimentación saludable, seguida de la actividad física y ejercicio físico, mientras que dos sujetos no han seguido ningún control.
- Los sujetos que no participaron del programa, coincidieron en el mantenimiento de los cambios realizados en su alimentación. Otros mencionaron haber realizado cambios en su nivel de actividad física, dejar de fumar, leer más información sobre salud, promover su autocuidado y perder peso. Solamente un sujeto reconoció no haber realizado ningún cambio.
- Los diferentes medios utilizados para educar a la población (directa, correo interno) facilitaron la educación en salud del personal de la organización.

## **Capítulo VII**

### **RECOMENDACIONES**

- Ahondar y retomar los principales motivos de participación de los sujetos, con el fin de reforzarlos, motivarles e incentivarlos a mantenerse activos como parte de la construcción de su salud y calidad de vida.
- Reconocer los mecanismos ambientales o modificables que motivan al personal para favorecer la reflexión y el planteamiento de propuestas, de nuevas estrategias, en el ámbito laboral que pudieran frenar y revertir la actual condición de salud.
- Potenciar el control de las poblaciones sobre los determinantes sociales de su salud –empoderamiento- así como implementar encuadres de trabajo grupal que ayuden al cambio de valores, actitudes, creencias y comportamientos de los usuarios y usuarias en lo relativo al proceso salud, enfermedad y atención.
- Gestar y mantener procesos que impacten positivamente las organizaciones aunque sea un reto para la gestión del talento humano, en busca de construir organizaciones saludables.
- Tomar en cuenta los aspectos psicosociales, socioambientales y socioculturales de las personas y las organizaciones al diseñar y ejecutar programas de salud con el propósito de lograr mayor participación y adherencia en busca de modificaciones en sus estilos de vida.
- Retomar los diferentes medios de aprendizaje según las características de las personas a quienes va dirigido el programa con la finalidad facilitar la incorporación de temáticas relacionadas con la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- American College of Sport Medicine. (2000). *Manual de consulta para el control y la prescripción del ejercicio*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- American College of Sport Medicine. (1999). *Manual para la valoración y prescripción del ejercicio*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Ayaso, J. y Barreiro, J. (2003). *Adherencia al hábito deportivo. Aplicación de estrategias psicológicas*. Accedido en <http://www.efdeportes.com/> (26 febrero 2007).
- Barrios, R. (2006). *Consecuencias sociopsicológicas del ejercicio con fines de salud: una actualización*. Accedido en <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 93(21 agosto 2008).
- Beals, R. y Hoijer, H. (1973). *Introducción a la antropología*. Madrid, España: Editorial Aguilar.
- Benavides, F. (1999). *Gente sana en empresas saludables*. Unitat de Recerca en Salut Laboral. Universitat Pompeu Fabra. Winterthur, España.
- Bianchi, S. y Brinntzer, E. (2000). *Mujeres adolescentes y actividad física. Relación entre motivación por la práctica de actividad física extraescolar y agentes socializadores*. Accedido en <http://www.efdeportes.com/> (11 abril 2007).
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). *El bienestar social, su concepto y medición*. Psicothema. Volumen 17, Número 004. (pp 582-589). ISSN 02149915 Accedido en: [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Bliss, C. (1996). *El estilo de vida y el estándar de vida*. En: Nussbaum MC, Sen A. La calidad de vida. México, D.F: Primera edición. Fondo de cultura económica. (p.p 534-557).

- Cantón, E. (2001). *Deporte, salud, bienestar y calidad de vida*. Cuadernos de Psicología del Deporte. Volumen 1, Número 1. Valencia, España.
- Carreras, G. y Ordoñez, J. (2007). *Adolescencia, actividad física y factores metabólicos de riesgo cardiovascular*. Revista Española de Cardiología. Volumen 60. Número 6 (p. 565 – 568) junio 2007.
- Castillo, M. (2007). *Unilever: 'Wellbeing', ayudar a sentirse bien en la oficina*. Madrid: España. Accesado en [http://www.expansionyempleo.com/2007/06/04/desarrollo\\_de\\_carrera/997453.html](http://www.expansionyempleo.com/2007/06/04/desarrollo_de_carrera/997453.html) (18 abril 2008).
- Castro, K. (2002). *Efectos de un programa de ejercicio físico no aeróbico sobre la fuerza abdominal y flexibilidad, el bienestar laboral y los índices de incapacidad, ausentismo y productividad laboral de trabajadores (as) de maquila en la empresa Wrangler de CR durante el año 2001*. Tesis de Posgrado, Universidad Nacional, Costa Rica.
- Cayetano, M. (2006). *La actividad física en personas mayores: análisis sociológico y papel del licenciado en Educación Física*. En Revista Digital- Buenos Aires Argentina Año 11 N° 103 Diciembre. Accesado en <http://www.efdeportes.com/>, (20 abril 2007)
- Cerdas, A. (2006). *Calidad de vida laboral en espejos el mundo: La intervención de Trabajo Social Empresarial acorde a la norma de responsabilidad social*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica.
- Comisión Técnica Interinstitucional. Ministerio de Salud-INAMU-CCSS. (2001). *Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres. Una propuesta para su reconstrucción*. San José, Costa Rica.
- Corry, J. (1998). *Programas de ejercicio físico y de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo: un activo de la organización* En: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, España.

- De Bellis, A. (1995). *Le motivazioni allo sport in ginnaste pre-adolescenti*. Revista "Gimnica suplemento de "Il ginnasta. Federación gimnástica de Italia.
- Delgado, M, Vásquez, M, Zapata, Y y García, H. (2005). *Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia*. Una mirada cualitativa. Revista Española de Salud Pública. Volumen 79. Número 5 Madrid noviembre- diciembre
- Durand, M. (1988). *El niño y el deporte*. Segunda edición. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Duro, J. (2003). *El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos*. Revista Española de Salud Pública. Editoriales Volumen 77. Número 5 Madrid setiembre-octubre
- Elosua, R. (2005). *Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez*. Revista Española de Cardiología. Volumen 58. Número 8 (p. 887-890) Agosto. Barcelona, España
- Fagalde, M, Del Solar, J, Guerrero, M y Atalah, E. (2005). *Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana*. Revista Médica Chile 2005; 133: 919-928
- Fernández, S, López, M<sup>a</sup> Luisa, Comas, Angel, García, E y Cueto, A. (2003). *Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico Antihipertensivo*. Psicothema. Volumen 15, Número 1. (pp. 82-87) ISSN 0214 – 9915 CODENPSOTEG Accesado en: [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Figueiredo, M y Rebollo, S. (2003). *La actividad física hacia la salud en la enseñanza técnica de Brazil*. En Revista Digital- Buenos Aires Argentina Año 9, Número 63 Agosto. Accesado en <http://www.efdeportes.com/> (19 setiembre 2007).

- García, M. (2006). *Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005)*. Revista Internacional de Sociología, Volumen LXIV, Número 44. (p. 15-38) Agosto 2006
- García, E, Ortega, F, Ruiz, J, Mesa, J, Delgado, M, González, M, García, M, Rodríguez, G, Gutiérrez, A y Castillo, M. (2007). *El perfil lipídico-metabólico en los adolescentes está más influido por la condición física que por la actividad física (estudio AVENA)\**. Revista Española de Cardiología, Exercicio y Prevención Volumen 60. Número 6 (p. 581 – 588) junio 2007.
- García, S y otros. (2009). *Relación del perfil de lípidos y la obesidad en trabajadores de la universidad autónoma del Estado de Morelos*. Accedido en: <http://www.medigraphic.com/español/el-indic.htm> (16 de agosto 2009)
- Garita, E. (2006). *Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte*. Revista MHSalud Volumen 3. Número 1. Julio 2006.
- Gibbs, J, Mulvaney, D, Henes, C, Reed, R. (1985). *Worksite health promotion: Five year trend in employee health care costs*. J. Occup. November, 27(11):826-30 PubMed - indexed for MEDLINE. Accedido en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4067688> (3 mayo 2006)
- Gieri, G. (1998). *Las motivaciones hacia la práctica de la gimnasia*. Accedido en [www.efdeportes.com/efdeportes/textos/motiv1.htm](http://www.efdeportes.com/efdeportes/textos/motiv1.htm) (2 mayo 2006).
- Gimeno, D, Marko, D y Martínez, J. (2003). *Relación entre los factores de riesgo psicosociales laborales y la ausencia por razones de salud: motivos laborales y no laborales en España*. Archivos Prevención de Riesgos Laborales 6 (pp.139-145).
- Godoy, J. (2007). *Actividad Física y Salud Costo Beneficio en el Campo Laboral* Santiago, Chile.

Gordon, E., Golanty, E. y Brown, K. (1999). *Health and Wellness* (6ta. ed., pp. 4-16). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

González, A, Moreno, Y, Medina, L y Valdez, F. (2008). *Asociación entre índice de masa corporal y calidad de vida relacionada con la salud en una Clínica de Medicina Familiar*. Revista de Endocrinología y Nutrición Volumen 16. Número 4. Octubre-Diciembre 2008 pp 144-152 Accesada en: <http://www.medigraphic.com/español/e1-indic.htm> (16 de agosto 2009)

Gutiérrez, J, Sarmiento, J y Florez A. (2002). *Manifiesto de actividad física para Colombia*. Asociación de Medicina del Deporte de Colombia – AMEDCO

Guillén, C. y Guil, R. (2000) *Psicología del trabajo para relaciones laborales*. Primera Edición. España: Mc Graw Hill.

Guzmán, L. (1997). *Derechos humanos y trabajo social en un contexto neoliberal*. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Hernández, A. (2005). *La psicología del deporte en el ámbito de los programas de actividad física municipal*. Accesado en <http://www.efdeportes.com/> (11 abril 2007).

Hernández, R, Fernández, C y Baptista, L. (2008). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana.

Huerta, P. (2006). *Estilos de vida saludables para una vida saludable*. Revista Salud Pública y Nutrición. Enero-marzo Volumen 7. Número 1.2006 Accesada en: <http://www.medigraphic.com/español/e1-indic.htm> (17 de agosto 2009)

Isusi, F. (2000). *La incorporación de un programa de ejercicio físico durante la jornada laboral como medio de prevención de lesiones musculoesqueléticas de los trabajadores*. Valencia: España

- Jiménez, M, Martínez, P, Miró, E y Sánchez A. (2008). *Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?* International Journal of Clinical and Health Psychology. ISSN 1697-2600. Volumen 8, Número 1, pp. 185-202
- Jiménez, S. y Peralta, V. (1998). *Trabajo Social en microempresas*. Tesis para optar al título de licenciatura en trabajo social. Universidad de Costa Rica.
- Juárez, A. (2007). *Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio*. Volumen IX. Número 1. Abril 2007. Accesada en: <http://www.medigraphic.com/español/e1-indic.htm> (16 de agosto 2009)
- Juárez, A. (2007). *Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México*. Salud Pública México. Volumen 49, Número 2. (pp. 109-117). Marzo, abril 2007.
- López, R. (2001). *Ejercicio físico, salud y economía*. En Revista Digital- Buenos Aires Argentina Año 7, Número 36 Mayo. Accesado en <http://www.efdeportes.com/>, 19 setiembre 2007
- López, D. y Villalobos, M. (2004). *Determinación y comparación de los factores motivacionales que inciden en la práctica de la gimnasia artística en atletas que comprenden edades entre los 13 y 18 años de edad, participantes en el Tercer Campeonato Centroamericano de Gimnasia, 2003*. Tesis de Grado, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Marín, A. (1999). *Ponencia: niños - niñas caldenses: una cuestión de desarrollo*. Universidad de Caldas, Colombia.
- Martínez, D. (2006). *Actividad física en el trabajo: una salida profesional con futuro España*.
- Mena, B. (2006). *Análisis de experiencias en la promoción de actividad física*. Revista de Salud Pública. Volumen 8. Noviembre. Bogotá, Colombia

- Molina, L. y Romero, C. (2001). *Modelos de intervención asistencia, socioeducativo y terapéutico en Trabajo Social*. San José, Costa Rica Universidad de Costa Rica.
- Molina, N. (2005). *Alarma por accidentes laborales*. Revista Campus Digital. Año XVII, número 159. Julio. Accesada en: [www.una.ac.cr/campus/ediciones/2005/julio/2005julio\\_pag06.html](http://www.una.ac.cr/campus/ediciones/2005/julio/2005julio_pag06.html) - (23 de febrero 2009).
- Morice, A y Achto, M. (2003). *Tendencias, costos y desafíos para la atención de las enfermedades crónicas en Costa Rica*. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Volumen 11. Número 1. San José 2003
- Ministerio de Salud y OPS. (1993). *Desarrollo y fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud*. Costa Rica. Editores Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2007) *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2004). *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. San José, Costa Rica
- Organización Internacional del Trabajo y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2001). *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Tercera Edición, España.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Salud*. Accesado en [www.who.int/es](http://www.who.int/es). (13 de junio 2007)
- Pavón, A.I., Moreno, J.A., Gutiérrez, M y Sicilia, A. (2003). *Interés y motivaciones de los universitarios: diferencias en función del nivel de práctica*. Cuadernos de psicología del Deporte, 3 (1), 33-43.

- Prieto, A. (2003). *Modelo de Promoción de la Salud, con Énfasis en Actividad Física, para una comunidad Estudiantil Universitaria*. Revista de Salud Pública 5 (3):284-300, Colombia
- Ramírez, M. (2006). *Situación socioeconómica y acceso a la educación superior: el caso de las mujeres estudiantes con condiciones discapacitantes de la Universidad de Costa Rica*. Tesis de Grado, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Ramos, M. (2007). *Enfoque para justificar la promoción y prevención como medios en la erradicación del sedentarismo desde el ámbito laboral*. Salud de los Trabajadores, Diciembre 2007. Volumen 15. Número 2, p.119-128. ISSN 1315-0138.
- Ratner, R, Sabal, J, Hernández, P, Romero, D y Atalah, E. (2008). *Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile*. Revista Médica Chile 2008; 136: 1406-1414
- Recours, R. A, Souville, M y Griffet, J. (2004). *Expressed Motives for Informal and Club/Association-based Sports Participation*. Journal of Leisure Research, 36, 1, 1-22.
- Rojas, P. (2003). *Curso "Evaluación de los Factores Coronarios y Pruebas de Aptitud Física"*. Universidad Nacional, Costa Rica.
- Romo, M. (1997). *Psicología de la creatividad*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Rosas, A, Lama, G, Llanos, F y Dunstan, J. (2002). *Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en trabajadores de una institución estatal de Lima - Perú*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Volumen 19. Número 2 ISSN 1726-4634 (abril -junio).

- Ruiz, J, Mesa, J Mingorance, I, Rodríguez, A y Castillo, M. (2004). *Deportes con alto grado de estrés físico afectan negativamente al perfil lipídico plasmático*. Revista Española de Cardiología. Epidemiología y Prevención. Volumen 57. Número 6 (p. 499-506) junio 2007.
- Salas, J. (2007). *Retos de la salud ocupacional para los empleados en Costa Rica*. Accesada en: [www.saltra.info/index.php?module=Pagesetter&func=viewpub&tid=14&pid=12](http://www.saltra.info/index.php?module=Pagesetter&func=viewpub&tid=14&pid=12) - 50k – (23 febrero 2009)
- Sánchez, R. y Jiménez, F. (1992). *Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud*. Ediciones: Díaz de Santos S.A.
- Saavedra, C. (2003). *Hacia una unificación de criterios y conceptos en actividad física*. Accesado en: [www.sobreentrenamiento.com/](http://www.sobreentrenamiento.com/) (21 setiembre 2007).
- Serra, J. (2005). *Los factores psicosociales como nuevos riesgos emergentes en el contexto de un mundo globalizado*. Comunicación oral presentada en el XVII Congreso Mundial sobre Seguridad y Salud en el Trabajo. Florida, Estados Unidos.
- Sibaja, C. (2006). *Abordaje de paternidades responsables a partir de la revisión de las masculinidades, desde el modelo socioeducativos-promocional del Trabajo Social*. Tesis de Grado, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Soto, M. y Failde, I. (2004). *La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica*. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 2004; 11 (8): 505-514. Accesado en [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-8046200400080004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-8046200400080004&lng=en&nrm=iso) (29 de julio de 2008)
- Soto, M. y Garza, O. (2007). *Programas de actividad física preventivos en los sitios de trabajo*. Revista Salud Pública y Nutrición. Edición Especial Número 4. Memorias del Congreso Internacional de Educación Física, Deporte y Ciencias Aplicadas

- Titze, S, Martin, B, Seiler, R, Stronegger, W y Marti, B. (2001). *Effects of a lifestyle physical activity intervention on stages of change and energy expenditure in sedentary employees*. En *Psychology of Sport and Exercise*. Volumen 2. (pp.103-116).
- Thomas, J. y Nelson, J. (2007). *Métodos de investigación en actividad física*. Badalona, España: Paidotribo.
- Tuesca, R, Fierro, N, Molinares, A, Oviedo, F, Polo, Y, Cueto, J y Sierra, I. (2003.) *Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas, Barranquilla, Colombia*. *Revista Española de Salud Publica*, Volumen 77 Número 5 Madrid septiembre-octubre.
- Tuñez, I. y Galván, A. (2003). *Perfil lipídico*. Accesado en: <http://www.uco.es/organiza/departamentos/bioquimica-biol-mol/pdfs/25%20PERFIL%20LIPÍDICO.pdf/> (7 octubre 2007) Córdoba, Colombia
- Valdés, H.M. (1996). *La preparación psicológica del deportista. Mente y rendimiento humano*. (pp.54-57). España: INDE publicaciones.
- Vallerand, R. y Halliwell, W. (1983). *Formulations théorique contemporaines en motivation intrinsèque*. *Revue et Critique. Psychologie Canadienne*, 24, 243-256.
- Veale, D, Le Fevre, K, Pantelis, C, De Souza, V, Mann A y Sargeant, A. (1992). *Aerobic exercise in the adjunctive treatment of depression: a randomized controlled trial*. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Volumen 85. Accesado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=1433121&cmd=showdetailview&indexed=google/> (23 setiembre 2007)

- Villalobos, G. (2006). *El clima organizacional y las condiciones de trabajo. Implicaciones para generar personas y trabajos saludables*. Bogotá, Colombia  
Accesado en [http://www.felaban.com/memorias\\_congreso\\_clade\\_2006\\_ 1/2\\_conferenciagvillalobos.doc](http://www.felaban.com/memorias_congreso_clade_2006_1/2_conferenciagvillalobos.doc) (20 enero 2009)
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas Perspectivas en Psicología* ISSN: 1794-9998 / Vol. I / No. 2 / 2005 / pp. 125 – 137 Universidad de San Buenaventura, Medellín
- Viquez, F. y Araya, G. (2007). *Determinación de factores relacionados con el abandono de la práctica deportiva en ex nadadores costarricenses*. Revista MHSalud (ISSN:1659-097X) Volumen 4. Número 2. Diciembre.
- Vizmanos, B, Hunot, C y Capdevila, F. (2006). *Alimentación y obesidad*. Volumen VIII. Número 2. Agosto 2006. Accesada en:  
<http://www.mediagraphic.com/español/el-indic.htm> (17 agosto 2009)
- Ware, J.E., Kosinski, M., Keller, S.D. (1996). *A 12-item Short Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity*. Medical Care, 34(3): 220-233.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). *The MOS 36-item form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection*. Medical Care, 30, 473-483.
- Weinberg, R. y Gould, D. (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*. Barcelona, España: Editorial Ariel.
- Whittaker, J. (1970). *Psicología*. México DF, México: Editorial Interamericana.
- Wilkins, K. (2007). *Work stress among health care providers*. Health Reports, Vol. 18, No. 4, November. Statistics Canada, catalogue 82-003
- World Health Organization. (1986). *Lifestyles and health*. Soc Sci Med p.p 117-124.

# **Anexos**

## **Anexo 1**

### **Programa “Cultivando Nuestra Salud”**

#### **Sujetos:**

La población meta estuvo compuesta por 186 sujetos (118 hombres y 68 mujeres). Dicho personal tiene una edad promedio de 36 años de edad y está distribuido en un total de trece unidades que desempeñan funciones diferentes.

#### **Instrumentos y materiales:**

Cuestionario Par Q, SF 36, protocolo de los “6 minutos”, espacio de más de 10 metros lineales planos, protocolo de la prueba “Sit and Reach”, cajón con medidas establecidas para la aplicación de la prueba “Sit and Reach” modificada, regla, hoja de apuntes, romana para adultos marca Detecto con capacidad de 160 Kilogramos (350 libras) y con tallímetro incorporado, caliper marca Lange, protocolo de Jackson y Pollock año 1985 para calcular el porcentaje de grasa, hojas de consentimiento informado para el personal de la organización, torniquete o liga, adaptador y agujas de vacuteiner, tubos sin anticoagulante y equipo automatizado (Konelab).

### *Par Q*

El instrumento Par Q se aplicó para valorar el estado físico de la población meta como medida preventiva. Este fue revisado por el médico de empresa quien dió el aval para iniciar con la práctica de ejercicio físico según las características particulares de cada sujeto.

### *Toma de peso, talla, porcentaje de grasa (composición corporal)*

Se llevó a cabo la toma de peso y talla. La persona encargada de realizar estas valoraciones fue una asistente técnica de atención primaria (ATAP) conocedora de la materia.

Seguidamente un promotor de salud física fue el encargado de tomar los pliegues cutáneos del tríceps, abdominal y suprailíaco en mujeres mientras que en el caso de los hombres se tomaron los pliegues del pectoral, axilar, abdominal y suprailíaco según el protocolo de Jackson y Pollock del año 1985.

Los protocolos utilizados se describen a continuación:

### *Protocolo de talla*

Fue de suma importancia la posición que adoptó el sujeto. Descalzo con la menor ropa posible, para poder de esa manera observar todas las partes del cuerpo. La superficie

sobre la que se colocó el sujeto era plana y estaba de forma perpendicular con respecto al estadiómetro. Los talones unidos tocando la superficie vertical donde estaba colocado el aparato. El peso del cuerpo estuvo distribuido uniformemente sobre los dos pies. Las escápulas, gluteos, talones y parte posterior del cráneo estaban proyectados en el mismo plano vertical y en contacto con la pared. Después de adoptada y mantenida la posición descrita, se bajó el cursor del estadiómetro, se colocó firme sobre el vértex y se realizó la lectura. La lectura se realizó hasta el 0,5 cm. más cercano (Rojas, 2003).

#### *Protocolo de peso*

Se define como la acción de la gravedad sobre la masa corporal. Se puede utilizar el término peso de una manera generalizada. Como se dijo ya el sujeto debió pararse descalzo en el centro de la plataforma utilizando la menor cantidad de ropa posible y no tuvo contacto con objetos aledaños. Una vez adoptada la posición se efectuó la lectura anotándose en la hoja de referencia. El dato puede ser leído y se anotó en kilogramos (Rojas, 2003).

#### *Toma de pliegues cutáneos*

La toma de pliegues cutáneos se refiere a la composición química del cuerpo; es decir, a la cantidad en términos de porcentaje de la grasa corporal y masa magra, definiendo ésto último como todos los tejidos que no son grasa. Es importante que para el manejo de estos porcentajes se tome en cuenta el género puesto que un porcentaje de grasa normal en un hombre va de 15 a 18% y en una mujer de 20 a 23%. Mientras tanto una persona con

obesidad y masculino se debe encontrar entre 18 y 25%. En una mujer obesa el porcentaje oscila entre 23 y 35% (Rojas, 2003).

#### *Pliegue abdominal*

Pliegue vertical a 2 cm del lado derecho del ombligo (American College of Sport Medicine, 1999).

#### *Pliegue axilar*

Pliegue vertical, en la línea media axilar al nivel del apéndice xifoides del esternón (American College of Sport Medicine, 1999).

#### *Pliegue pectoral*

Pliegue diagonal, a mitad de distancia entre la línea anterior axilar y el pezón (hombres) o a un tercio de la distancia entre la línea anterior axilar y el pezón (mujeres) (American College of Sport Medicine, 1999).

#### *Pliegue suprailiaco*

Pliegue diagonal, en la línea con el ángulo natural de la cresta iliaca tomado en la línea anterior axilar inmediatamente superior a la cresta iliaca (American College of Sport Medicine, 1999).

### *Pliegue tricipital*

Pliegue vertical, en la línea media posterior del brazo, a medio camino entre el acromion y el olecranon, con el brazo al lado del cuerpo (American College of Sport Medicine, 1999).

### *Procedimientos*

Todas las mediciones se hicieron en el lado derecho. El caliper se colocó a 1cm del pulgar y del dedo perpendicular al pliegue cutáneo, en la distancia media entre la cresta y la base del pliegue. La pinza compresora se sostuvo mientras se leyó el caliper. Se esperó de 1 a 2 segundos (no más tiempo) antes de leer el caliper. Se tomaron las mediciones por duplicado en cada toma y se volvió a hacer la prueba si las mediciones duplicadas difirieron entre 1 y 2 cm. Se pinzó y rotó los lugares de la medición o se dejó tiempo a la piel para que recuperara su textura y espesor normales (American College of Sport Medicine, 1999).

### *Cuestionario SF 36*

El cuestionario SF-36 fue diseñado originalmente a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos. Es aplicable, tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años. Se emplea tanto en estudios descriptivos como de evaluación (Ware, Kosinski, Keller, 1996).

Es un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud que conforman 8 dimensiones: Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal -intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (2), Salud General (6). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. El índice de confiabilidad reportado (Alpha de Cronbach's) es de  $>0,85$ , coeficiente de relevancia  $>0,75$  para todas las dimensiones (Ware y Sherbourne, 1992).

**Tabla 1. Dimensiones de salud evaluadas por el SF-36**

| Dimensión             | Significado                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Función física</b> | Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.                             |
| <b>Rol físico</b>     | Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de éstas. |
| <b>Dolor corporal</b> | Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.                                                                                                                              |
| <b>Salud general</b>  | Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual, o las perspectivas futuras y la resistencia a enfermarse.                                                                                                        |
| <b>Vitalidad</b>      | Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.                                                                                                                                                                     |
| <b>Función social</b> | Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.                                                                                                                 |
| <b>Rol emocional</b>  | Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.                                           |
| <b>Salud mental</b>   | Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.                                                                                                                               |

Fuente: Tomado de "Valoración del índice de salud SF-36 aplicados a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad autónoma de Vasca" por Iraurgi, I., Póo, M. y Márquez, I. 2004. Revista Española de Salud Pública, 78 (5), 235

*Protocolo de los 6 minutos: resistencia cardiorrespiratoria.*

Para evaluar la resistencia cardiorrespiratoria en la población meta del estudio se utilizó el protocolo de los 6 minutos caminando.

Dicho protocolo consistió en delimitar (en una zona plana) la distancia de 8 metros, en donde se les solicitó a los sujetos de la organización que caminaran de ida y vuelta por 6 minutos consecutivos (los cuales deben ser cronometrados). Para obtener la cantidad de distancia recorrida, se multiplicó por 8 cada vez que el sujeto llegó a cualesquiera de los extremos delimitados. En el momento que se cumplieron los 6 minutos se le solicitó al participante que se detuviera y se midió desde el último extremo superado hasta la parte del pie más cercana a dicho extremo; esta distancia se le sumó al total de metros recorridos.

*Prueba "Sit and Reach": flexibilidad.*

Para determinar la flexibilidad se realizaron mediciones en la articulación coxofemoral. Para esto se utilizó el protocolo de "Sit and Reach" modificado, el cual consistió en solicitarle a la persona que retirara su calzado y se sentara con las piernas extendidas y los glúteos, espalda y cabeza tocando la pared; se le colocó un cajón (con medidas específicas para esta prueba), el cual tuvo completo contacto con las plantas de los pies.

Posteriormente se le solicitó que extendiera ambas manos hacia delante, una sobre la otra y que contactara con sus dedos en el cero de una regla de más de 50 cm, la cual se

*Protocolo de los 6 minutos: resistencia cardiorrespiratoria.*

Para evaluar la resistencia cardiorrespiratoria en la población meta del estudio se utilizó el protocolo de los 6 minutos caminando.

Dicho protocolo consistió en delimitar (en una zona plana) la distancia de 8 metros, en donde se les solicitó a los sujetos de la organización que caminaran de ida y vuelta por 6 minutos consecutivos (los cuales deben ser cronometrados). Para obtener la cantidad de distancia recorrida, se multiplicó por 8 cada vez que el sujeto llegó a cualesquiera de los extremos delimitados. En el momento que se cumplieron los 6 minutos se le solicitó al participante que se detuviera y se midió desde el último extremo superado hasta la parte del pie más cercana a dicho extremo; esta distancia se le sumó al total de metros recorridos.

*Prueba "Sit and Reach": flexibilidad.*

Para determinar la flexibilidad se realizaron mediciones en la articulación coxofemoral. Para esto se utilizó el protocolo de "Sit and Reach" modificado, el cual consistió en solicitarle a la persona que retirara su calzado y se sentara con las piernas extendidas y los glúteos, espalda y cabeza tocando la pared; se le colocó un cajón (con medidas específicas para esta prueba), el cual tuvo completo contacto con las plantas de los pies.

Posteriormente se le solicitó que extendiera ambas manos hacia delante, una sobre la otra y que contactara con sus dedos en el cero de una regla de más de 50 cm, la cual se

ubicó sobre el cajón. Después, observando que no flexionara las rodillas, se le pidió que doblara la articulación coxofemoral y deslizara los dedos sobre la regla (lo más adelante que le fuera posible) sosteniendo la posición máxima de 2 – 3 seg. Este ejercicio se realizó 3 veces; se tomó la mejor medición alcanzada por los dos dedos “centrales” juntos (si no están a la misma altura, se tomó la distancia alcanzada por el dedo “central” que se encontraba menos avanzado). Esta prueba posee un grado de confiabilidad de 0,95 (American College of Sport Medicine, 2000).

#### *Toma de perfil lipídico (muestra de sangre)*

Para conocer el perfil lipídico de cada sujeto se tomó una muestra de sangre en horas de ayuno antes de la ejecución del programa. Posteriormente, a quienes participaron de éste, se les tomó una segunda muestra. Para ello se contó con el apoyo del Laboratorio Clínico.

#### **Procedimiento:**

Primeramente se convocó a las jefaturas de los sujetos y máximas autoridades de la organización para que asistieran a una reunión con la finalidad de explicar el propósito del plan piloto y el proceso metodológico por seguir.

Posteriormente se coordinó con la unidad de capital humano quien a su vez se comunicó con cada encargado o encargada de las unidades, para realizar una reunión con su personal en la cual se consultó si deseaba participar del programa.

Una vez obtenida su aprobación, se inició el programa de 16 semanas en las cuales se efectuaron 2 mediciones utilizando la prueba "Sit and Reach", el protocolo de los 6 minutos, SF-36, Par Q y toma del perfil lipídico. Todo esto de la siguiente manera: se inició con el llenado, por parte de cada participante de una hoja que recopiló información básica (fecha, nombre completo, edad, nivel de actividad física, frecuencia, tiempo y tipo). En esta hoja también se anotaron los resultados obtenidos en la medición de peso, talla y porcentaje de grasa mediante pliegues cutáneos como variables de la composición corporal. También se registraron los datos recopilados en la prueba de resistencia cardiorrespiratoria y flexibilidad que se les aplicó. Por último se apartó un espacio para observaciones específicas de cada sujeto participante. Paralelamente se aplicó a cada funcionario y funcionaria el instrumento SF-36.

Aunado a lo anterior, se coordinó con el laboratorio clínico para que su personal llevara a cabo el análisis bioquímico (perfil de lípidos). Las extracciones de sangre se realizaron entre las 7:30 am y las 9:00 am, tras 10-12 horas de ayuno. En la totalidad de los casos, la extracción se realizó por punción en la vena cubital y estuvo a cargo de un técnico de laboratorio quien se trasladó a las instalaciones de la organización. Inmediatamente después del sangrado el técnico transportó las muestras al laboratorio clínico para ser analizadas mediante los equipos tecnológicos Konelab según el proceso respectivo.

Cabe destacar que la totalidad de participantes no realizaron las diversas pruebas debido (principalmente) a la incapacidad de asistir los días de las valoraciones por asuntos laborales relacionados específicamente con sus funciones.

Los resultados obtenidos en el diagnóstico integral se entregaron a cada persona en una reunión grupal realizada para esta finalidad. Esta permitió, a su vez, aclarar las dudas planteadas.

Una vez realizado el diagnóstico integral de salud, se invitó directamente y vía correo electrónico a la totalidad de sujetos para que participara de las sesiones socioeducativas. Estas fueron desarrolladas una vez por semana con temas relacionados (calidad de vida, perfil lipídico y los componentes de aptitud física seleccionados). Estas sesiones socioeducativas utilizaron diversas técnicas participativas. La labor consistía entre otras cosas en efectuar una construcción conjunta de conocimientos con la finalidad de educar e incentivar a la población para la modificación de sus estilos de vida. Dichas sesiones tuvieron una duración, aproximada, de media hora y siempre fueron abiertas a todos los trabajadores y trabajadoras.

En forma paralela a la información que se abordó en las sesiones socioeducativas, la investigadora confeccionó un boletín informativo semanal que reforzaba el tema de la sesión socioeducativa. Este boletín tenía una extensión de una hoja tamaño carta y fue enviado al 100% del personal por el correo electrónico interno de la organización. Ello gracias a la previa coordinación con la gerente de capital humano.

En forma adicional al suministro de la información, por los diferentes medios expuestos, se diseñó un programa de ejercicio físico para trabajar los componentes de resistencia cardiorrespiratoria, flexibilidad y composición corporal. Dicho programa consistió en sesiones de ejercicios aeróbicos de bajo impacto. Antes de iniciar las sesiones

se tomó siempre la frecuencia cardiaca en 15 segundos como medida preventiva. Además, las personas tuvieron la posibilidad de incorporarse a las sesiones dos veces a la semana (martes y viernes, en horas de la tarde) de forma que la tercera sesión semanal (recomendada) la realizaran por cuenta propia fuera del ambiente laboral.

### Resultados del diagnóstico de salud

Para la elaboración del diagnóstico integral de salud se contó con una población de de ciento ochenta y seis personas (100%); ciento dieciocho hombres (63.44%) y sesenta y ocho mujeres (36.55%).

**Tabla 2. Estadística descriptiva según edad, peso, talla y porcentaje de grasa del total de sujetos de la organización**

| Variable            | Masculino    |     | Femenino      |    |
|---------------------|--------------|-----|---------------|----|
|                     | Promedio     | N   | Promedio      | n  |
| Edad                | 36.8 ± 9.83  | 114 | 35.6 ± 9.39   | 67 |
| Peso                | 76.1 ± 13.3  | 94  | 61.85 ± 11.14 | 63 |
| Talla               | 169.5 ± 7.72 | 93  | 157 ± 0.05    | 63 |
| Porcentaje de grasa | 26.78 ± 4.24 | 67  | 30.33 ± 4.35  | 39 |

Según la tabla anterior, la edad promedio en los hombres es de 36.8 años mientras que en las mujeres es de 35.6 años. En cuanto al peso el sexo masculino tiene un promedio de 76.1 kg y las mujeres 61.85 kg. Por último el promedio de la talla en hombres es de 169.5 cm y en las mujeres es de 157 cm.

**Tabla 3. Número de sujetos evaluados por sexo según los diferentes componentes de aptitud física y perfil de lípidos**

| <b>Componentes evaluados</b>    | <b>Masculino</b> | <b>Femenino</b> | <b>Total</b> |
|---------------------------------|------------------|-----------------|--------------|
| Perfil de lípidos               | 108              | 59              | 167          |
| Índice de Masa Corporal (IMC)   | 92               | 63              | 155          |
| Porcentaje de grasa             | 67               | 39              | 106          |
| Flexibilidad                    | 93               | 62              | 105          |
| Resistencia Cardiorrespiratoria | 93               | 60              | 153          |

Como se observa en la tabla anterior, ciento ocho hombres y cincuenta y nueve mujeres se realizaron los exámenes bioquímicos, noventa y dos hombres y sesenta y tres mujeres tienen el registro del Índice de Masa Corporal. En cuanto al porcentaje de grasa sesenta y siete hombres y treinta y nueve mujeres cuentan con esta medición. En la variable de flexibilidad noventa y tres hombres y sesenta y dos mujeres realizaron la prueba. Por último noventa y tres masculinos y sesenta femeninas tienen la medición de resistencia cardiorrespiratoria. Cabe destacar el hecho que la razón principal por la que algunos de los trabajadores y trabajadoras no realizaron las diversas pruebas se debió a la incapacidad de asistir los días de las valoraciones por asuntos laborales.

En cuanto al perfil lipídico en ambos sexos, la siguiente tabla muestra los resultados.

**Tabla 4. Comparación del perfil lipídico en hombres (n=108) y mujeres valoradas (n=59)**

| Perfil de Lípidos        | Masculino |          |          |          | Femenino  |          |          |          |
|--------------------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|
|                          | Alterados |          | Normal   |          | Alterados |          | Normal   |          |
|                          | Absoluto  | Relativo | Absoluto | Relativo | Absoluto  | Relativo | Absoluto | Relativo |
| Colesterol (150 - 200)   | 55        | 50.92%   | 53       | 49.07%   | 19        | 32.20%   | 40       | 67.79%   |
| HDL (30 - 80)            | 9         | 8.33%    | 99       | 91.66%   | 1         | 1.69%    | 58       | 98.30%   |
| LDL (0 - 120)            | 24        | 22.22%   | 84       | 77.77%   | 8         | 13.55%   | 51       | 86.44%   |
| Triglicéridos (50 - 150) | 57        | 52.77%   | 51       | 47.22%   | 8         | 13.55%   | 51       | 86.44%   |

Fuente: Parámetros tomados de "Diagnóstico de Laboratorio. Principales Pruebas de Bioquímica Clínica y Hematología" por Quesada, A. 2003. Pag 139-141

Como se observa en la tabla anterior, cincuenta y cinco sujetos (50.92%) tienen el colesterol alterado en contraposición con cincuenta y tres (49.07%) que lo tienen normal. De ellos nueve personas (8.33%) tienen alterado el HDL y noventa y nueve sujetos (91.66%) se ubican en parámetros adecuados. Mientras que veinticuatro funcionarios (22.22%) registran el LDL alterado, en contraposición a ochenta y cuatro personas (77.77%) que se ubican en el rango recomendado. Finalmente, cincuenta y siete personas (52.77%) registran alteración en los triglicéridos y cincuenta y un sujetos (47.22%) se encuentran en los rangos adecuados.

En el caso de las mujeres, de un total de cincuenta y nueve que realizaron los exámenes bioquímicos diecinueve (32.20%) tuvieron alteraciones en el colesterol total, mientras que cuarenta (67.79%) se ubicaron en parámetros adecuados. En cuanto al HDL solamente una mujer (1.69%) lo tuvo alterado y las cincuenta y ocho restantes (98.30%) se encuentran en los rangos saludables. En el recuento del LDL y los triglicéridos ocho

mujeres (13.55%) salieron con alguna alteración y las cincuenta y un mujeres restantes (86.44%) se ubicaron en los parámetros recomendados.

En la siguiente tabla se muestra el índice de masa corporal en el total de hombres (n= 92) y mujeres (n=63) valoradas.

**Tabla 5. Comparación del Índice de Masa Corporal en hombres (n= 92) y mujeres (n= 63) de la organización**

| Rango                     | Masculino |          | Femenino |          |
|---------------------------|-----------|----------|----------|----------|
|                           | Absoluto  | Relativo | Absoluto | Relativo |
| Deficiente (Menor a 18.5) | 0         | 0%       | 2        | 3.17%    |
| Normal (18.5 - 24.9)      | 31        | 33.69%   | 29       | 46.03%   |
| Sobrepeso (25 - 29.9)     | 42        | 45.65%   | 23       | 36.50%   |
| Obesidad I (30- 34.9)     | 17        | 18.47%   | 8        | 12.69%   |
| Obesidad II (35 – 39.9)   | 1         | 1.08%    | 1        | 1.58%    |
| Obesidad III (Mayor a 40) | 1         | 1.08%    | 0        | 0%       |
| Total                     | 92        | 100%     | 63       | 100%     |

Fuente: Parámetros tomados de “The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults”. National Institute of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Norteamerican Association for the Study of Obesity. October 2000.

Como se observa, treinta y un varones (33.69%) se ubican en la categoría de normal, cuarenta y dos (45.65%) registran sobrepeso, diecisiete (18.47%) se clasifican en obesidad I. Finalmente en obesidad II y III se ubica una persona (1.08%).

En las mujeres los datos registran que doce de ellas (3.17%) se ubican en bajo peso, veintinueve (46.03%) registran un peso normal. Veintitrés (36.50%) presentan sobrepeso, ocho (12.69%) obesidad I y 1 (1.58%) se ubica en obesidad 2. No se registran casos clasificados en obesidad III para un total de sesenta y tres mujeres.

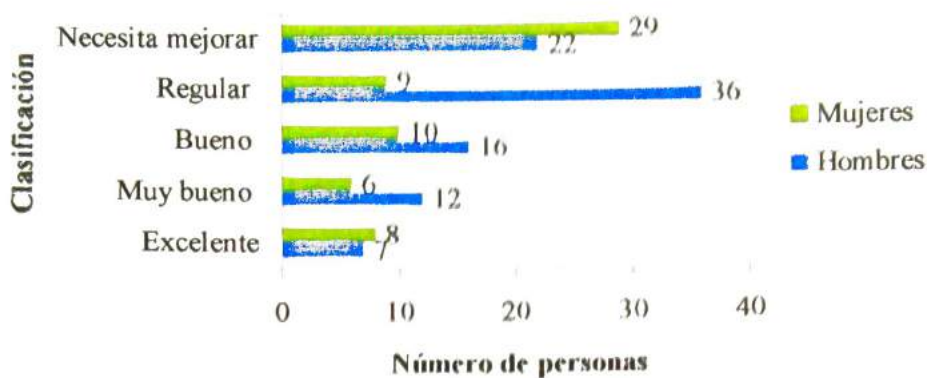
**Tabla 6. Comparación del Porcentaje de Grasa en hombres (n= 67) y mujeres (39)**

| Rango                   | Absoluto | Relativo<br>(%) |
|-------------------------|----------|-----------------|
| <b>Hombres</b>          |          |                 |
| Adecuado (Menor a 25%*) | 48       | 71.64           |
| Obesidad (Mayor a 25%*) | 19       | 28.35           |
| Total                   | 67       | 100             |
| <b>Mujeres</b>          |          |                 |
| Adecuado (Menor a 35%*) | 33       | 84.61           |
| Obesidad (Mayor a 35%*) | 6        | 15.38           |
| Total                   | 39       | 100             |

*\*Parámetros de acuerdo al ACSM (2009)*

En cuanto al porcentaje de grasa, tal como se observa en la tabla anterior, de un total de sesenta y siete hombres (100%) que se realizaron la medición, cuarenta y ocho (71.64%) están en parámetros adecuados y diecinueve (28.35%) se clasifican en obesidad. Mientras que en el caso de las mujeres, de un total de treinta y nueve (100%) que tienen la medición, treinta y tres (84.61%) se ubican en rangos normales y tan sólo seis (15.38%) se clasifican en obesidad.

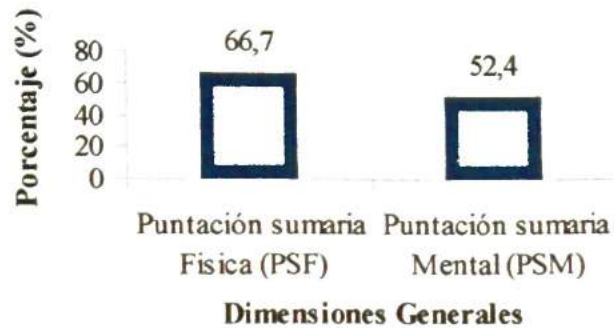
**Gráfico 1. Comparación de los resultados de flexibilidad entre hombres y mujeres evaluados**



En cuanto a la variable de flexibilidad, tal como se observa en el gráfico anterior, realizaron la medición un total de ciento cincuenta y cinco sujetos (100%), noventa y tres hombres (60%) y sesenta y dos mujeres (40%). De éstos quince sujetos (9.67%); siete hombres (46.66 %) y ocho mujeres (53.33%) se ubican según sus resultados en excelente, dieciocho personas (11.61%). Doce hombres (66.66%) y seis mujeres (33.33%) se clasifican en muy buena flexibilidad. Veintiséis sujetos (16.77%); dieciséis hombres (61.53%) y diez mujeres (38.46%) se ubican en el rango de bueno. Cuarenta y cinco personas (29.03%); treinta y seis hombres (80%) y nueve mujeres (20%) se encuentran en un parámetro regular y por último cincuenta y un personas (32.90%); veintidós hombres (43.13%) y veintinueve mujeres (56.86%) necesitan mejorar su flexibilidad.

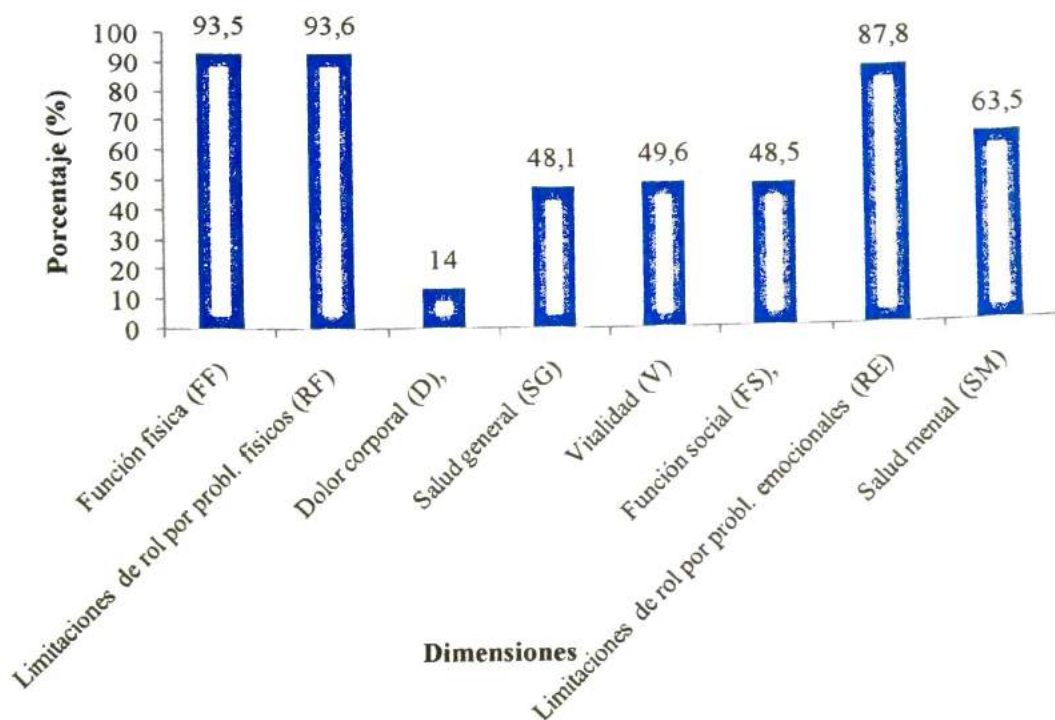
Seguidamente se detallan los resultados relacionados con la calidad de vida del personal según las variables contempladas en el SF-36.

**Gráfico 2. Resultados de las Puntuaciones de Salud Mental y Salud Física según el total de sujetos de la organización**



Como lo muestra el gráfico anterior, la puntuación salud física tiene un 66.7% mientras que la puntuación de salud mental reporta un 52.4%. Ésto significa que de acuerdo con las normas de referencia de la versión española del SF-36 las variables de salud física tienden a estar levemente por encima de las variables de salud mental. En el siguiente gráfico se presenta el detalle según las ocho dimensiones que contempla este instrumento.

**Gráfico 3. Resultados de las dimensiones evaluadas al total del personal**



Como se comprueba en el gráfico anterior las dimensiones de función física (93.5%), limitaciones por problemas físicos (93.6%) y las limitaciones de rol por problemas emocionales (87.8%) presentan altas puntuaciones. Ello significa que según las normas de referencia de la versión española del SF-36 (ver anexo 2) el personal de la institución realiza todo tipo de actividades físicas incluyendo las más vigorosas sin gran limitación. No tienen tampoco ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física (trabajo, quehaceres domésticos) ni de problemas emocionales.

Por otro lado, se encuentran puntuaciones más bajas en las dimensiones de salud mental (63.5%), vitalidad (49.6%), función social (48.5%) y salud general (48.1%). Este hecho hace que se observen y experimenten sensaciones de nerviosismo y depresión la

mayor parte del tiempo, así como cansancio y agotamiento que interfiere frecuentemente con las actividades normales. De esta forma los sujetos evalúan su salud como mala y creen que probablemente empeorará.

Por último, en la dimensión de dolor corporal (14%) se aprecia que los funcionarios y las funcionarias tienen una interferencia severa y altamente limitada del dolor en sus actividades de trabajo y del hogar.

Tal como se citó en la metodología se desarrolló un programa integral (ejercicio físico y educación) con el fin de combatir los problemas de salud encontrados en el personal de la institución. La siguiente tabla resume los datos obtenidos, antes y después de su aplicación.

**Tabla 7. Resultados de los cambios en las variables luego de la aplicación del programa de ejercicios**

| Variable                        | n  | Promedio y desviación<br>estándar inicial | Promedio y<br>desviación<br>estándar final | T      | P      |
|---------------------------------|----|-------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|--------|
| Peso                            | 22 | 67,19 ± 3,3                               | 67,07 ± 3,41                               | 0,260  | 0,797  |
| %Grasa                          | 21 | 27,6 ± 1,49                               | 26,14 ± 1,45                               | 3,13   | 0,005* |
| Resistencia Cardiorrespiratoria | 22 | 580 ± 18,01                               | 601,09 ± 15,31                             | -1,34  | 0,193  |
| Flexibilidad                    | 21 | 27,38 ± 8,46                              | 28,42 ± 6,74                               | -1,2   | 0,43   |
| Colesterol                      | 21 | 193,28 ± 34,99                            | 180,42 ± 29,97                             | 2,094  | 0,049* |
| HDL                             | 21 | 44,14 ± 9,96                              | 42,04 ± 9,72                               | 2,36   | 0,28   |
| LDL                             | 20 | 124,25 ± 32,75                            | 108,95 ± 24,84                             | 2,95   | 0,008* |
| TG                              | 20 | 117,95 ± 67,57                            | 128,85 ± 81,3                              | -1,174 | 0,255  |

\*p < 0,05

De acuerdo con la tabla anterior se puede observar que solamente tres componentes el % de grasa, colesterol y el LDL disminuyeron estadísticamente después del programa de ejercicios. No obstante se comprobó una tendencia a mejorar en otros componentes como peso, resistencia cardiorrespiratoria, flexibilidad, colesterol. Otros dos componentes no tuvieron un resultado favorable: el HDL el cual disminuyó y los triglicéridos que aumentaron; pero no de forma estadísticamente significativa.

### **Discusión del Diagnóstico**

Como datos relevantes de este diagnóstico, sobresale que los hombres tuvieron un 52.77% y 50.92% de alteraciones en triglicéridos y colesterol total respectivamente, lo cual significa que tienen mayor probabilidad de enfermedades metabólicas, primarias o secundarias (Tuñez y Galván, 2003). En Costa Rica se desconoce la prevalencia de hipercolesterolemia sin embargo reportes en la población adolescente evidencian un riesgo de enfermedad cardiovascular que se origina desde edades tempranas según Morice y Achío (2003) y Fagalde, Del Solar, Guerrero y Atalah (2005). Esto puede estar relacionado con los estilos de vida poco saludables, principalmente los cambios de comportamiento en la determinación de la elección del tipo de alimentos que se decide o no consumir como lo señalan Vizmanos, Hunot y Capdevila (2006) aunado a la inactividad física de manera que el organismo va creando una serie de modificaciones que inciden directamente en el metabolismo celular, en el aparato cardiovascular, el aparato locomotor y el sistema nervioso (Ramos, 2007).

Al respecto, la práctica regular y moderada de ejercicio físico aeróbico se asocia a un saludable perfil lipídico plasmático y a un menor riesgo de arteriopatía coronaria y mortalidad cardiovascular. Estudios transversales y longitudinales sugieren que el ejercicio físico aeróbico incrementa los valores plasmáticos de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) y reduce los valores plasmáticos de triglicéridos y colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) (Ruiz y otros, 2004; Carreras y Ordoñez, 2007).

En relación con el Índice de Masa Corporal, los hombres presentan mayor sobrepeso y obesidad I en contraposición a las mujeres (45.65% y 18.47% vrs 36.50% y 12.69%) al igual que en el porcentaje de grasa (28.35% vrs 15.38%). Esto coincide con la investigación de Ratner, Sabal, Hernández, Romero y Atalah (2008) en la cual los trabajadores de sexo masculino, tuvieron una mayor prevalencia de exceso de peso que las mujeres por lo que resulta necesario una disminución de peso mediante alimentación adecuada y ejercicio frecuente entre los trabajadores y trabajadoras para disminuir factores de riesgo, tal como lo menciona García y otros (2009).

Diversos estudios han demostrado que la obesidad y la hipercolesterolemia, entre otros, son factores de riesgo para enfermedad coronaria y ACV en población adulta. La acción conjunta o individualizada de estos factores de riesgo ha llevado a que la morbilidad, debido a patología cardiovascular haya alcanzado niveles de pandemia (Rosas, Lama, Llanos y Dunstan, 2002)

Así, el exceso de peso puede estar determinado por una menor actividad física, producto de la adopción de estilos de vida más sedentarios en un entorno más urbanizado y

que promueve el uso de tecnología que limita dicha actividad (Barria y Amigo, 2006). Esto afecta la capacidad física, el bienestar psicológico y el funcionamiento social entre otros aspectos, como lo mencionan González, Moreno, Medina y Valdez (2008) quienes coinciden en que la obesidad trastorna en general la calidad de vida siendo el dolor y la movilidad física las áreas de salud más deterioradas. De esta manera, el efecto de los cambios en los patrones alimentarios, unido a cambios en la actividad física y el uso de tecnología que limita su práctica, puede llevar a cambios en el peso y la composición corporal.

Tal como se reflejó en este diagnóstico, los estudios realizados en Canadá y Estados Unidos muestran mayor prevalencia de obesidad en hombres (Rosas, Lama, Llanos y Dunstan, 2002). Al respecto estos autores mencionan que se debe resaltar la importancia de una intervención preventiva de enfermedades cardiovasculares en esta población, sobre todo al considerar que el sexo masculino, el sedentarismo y la obesidad han sido considerados como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, sobre todo del tipo coronario. Estudios realizados en población general, en América Latina durante la última década, indican que la prevalencia de obesidad en población adulta fluctúa entre 4,8% y 48,1% mientras que en Europa, esta prevalencia fluctúa entre 7,4% y 16,1%. La literatura señala resultados variables para la asociación obesidad y género. En México, la prevalencia de obesidad, es a predominio femenino, al igual que en Brasil, Chile, Costa Rica, y Trinidad y Tobago.

Ahora bien, la menor prevalencia de obesidad en mujeres podría estar explicada por un mayor nivel de involucramiento en actividades relacionadas con su salud y autocuidado

tal como lo mencionaron Landeros y Gallegos (2005) en su investigación sobre capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con obesidad y sin ésta quienes concluyeron que las mujeres desarrollan niveles más altos de capacidades de autocuidado.

En lo que a flexibilidad se refiere, mayor cantidad de hombres (80% vrs. 20%) se ubican en parámetros regulares; sin embargo son más las mujeres (56.86%) quienes requieren mejorar su flexibilidad en relación con los hombres (43.13%). Esto puede estar asociado al hecho de que la práctica del ejercicio físico ha sido sustituida por hábitos que promueven el sedentarismo, así como la adquisición de hábitos inadecuados de alimentación. Se haya además relacionada con los procesos de urbanización e industrialización acelerada -como lo señala Morice y Achío- (2003). Asimismo, pese a que la mayoría de estudios concluyen que las mujeres son más flexibles que los hombres, en este estudio no se indagó en el nivel de actividad física por sexo (aunque se podría relacionar con el tipo de trabajo que realiza el personal de la organización) puesto que las mujeres tienen en su mayoría trabajos más sedentarios en relación con los hombres que ejecutan más trabajo de campo.

En cuanto a la salud general y calidad de vida, los datos generales reflejaron que la salud física del personal se encuentra mejor que la salud mental. En relación a las dimensiones específicas (según las medidas y desviación estándar) la función física, las limitaciones de rol por problemas físicos, las limitaciones de rol por problemas emocionales y el dolor se ubican por debajo de los parámetros en comparación con las poblaciones norteamericanas y españolas; mientras que la función social, la salud mental, la vitalidad y la percepción de la salud general están por encima de éstas. Ello refleja lo

estipulado por varios autores quienes coinciden en que los cambios son determinados por factores socioculturales y características personales de los individuos variables en el tiempo que abarca el estado físico y capacidad funcional, el estado psicológico y el bienestar, las interacciones sociales, el estado económico y sus factores, es decir; el bienestar físico, social, psicológico y espiritual (World Health Organization, 1986; Cayetano, 2006; Vinaccia y Orozco, 2005; Soto y Failde, 2004).

Por otra parte, del total de sujetos entrevistados la mayor cantidad de personas que no participaron del programa presentaron alteraciones en alguno de los indicadores evaluados, principalmente colesterol total y triglicéridos. Lo anterior concuerda con los resultados de Fagalde, Del Solar, Guerrero y Atalah (2005) quienes observaron una alta prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas, no transmisibles, presentes en proporciones importantes en adultos jóvenes. De ahí que se puede inferir el poco interés de la población por mejorar su actual condición de salud -pese a facilitarles en su lugar de trabajo- una alternativa para modificar su situación; dejando de lado este indicador como factor de riesgo que conlleva a una serie de complicaciones y patologías, como son Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, entre otras. En este sentido, la actividad física puede reducir el riesgo de que aparezcan estas enfermedades o se produzcan lesiones. Es un elemento de desarrollo personal y social que puede contribuir a mejorar la existencia humana de manera que permita hablar de calidad de vida (Figueiredo, y Rebollo, 2003). Asimismo es un factor que permite mantener cohesionada a una organización y es una de las principales causas de éxito y de progreso de cualquier grupo humano. Además ofrece oportunidades para la interacción social y la comunicación emocional (Jiménez y Peralta, 1998; Barrios, 2006).