



# UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMERICAS

## Decanato de Postgrado

Trabajo de grado para optar por el título de  
Maestría en Psicología Clínica con énfasis en Psicoterapia Integrativa.

### TESIS

Efectos de la Terapia Cognitivo Conductual en los Síntomas Psicosomáticos en  
un Grupo de Colaboradores de una Entidad Bancaria.

Presentado por:

Mela Aizprua, Yeliska Yisel 8-904-244

Asesora: Dra. Aelen López

Panamá, 2025

## **DEDICATORIA**

Con mucho amor dedico esta ardua investigación a mi Dios que me dio la capacidad y los recursos necesarios para iniciar esta carrera y poderla culminar.

Todo se lo debo a él y esto también es de él. Enseñándome en el camino que todo va de la mano de mucho esfuerzo, diligencia y confianza en él.

Porque de él, y por él, y para él, son todas las cosas. A él sea la gloria por los siglos. Amén. Romanos 11:36

Mela Aizprua, Yeliska

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi Dios por ser quien permitió, proveyó y me sostuvo en este tiempo para lograr esta meta que me propuse con gran sacrificio y esfuerzo.

A mi esposo Josué Espinosa quien es un pilar fundamental en mi vida y pudo comprender los espacios y tiempos que necesitaba para llevar a cabo este proyecto.

A mi madre Angela Aizprua, quien me implantó el deseo de superación en base a los estudios y esto es fruto de su ejemplo.

Finalmente, a mi asesora Dra. Aelen López quien me acompañó en todo durante la elaboración y desarrollo de esta investigación.

Mela Aizprua, Yeliska

## RESUMEN

Los síntomas somáticos detallan las dificultades de la salud física que son repercusiones del exceso de trabajo, alto nivel emocional, inadecuado acercamiento a la labor y estrés crónico estos son enfermedades corporales que repercuten visiblemente por los factores emocionales y psicológicos.

La somatización en la salud mental hace referencia a los síntomas físicos que es presento por los problemas psicológicos por resolver. Esto refleja la unión entre la salud física y mental. Qué se expresa por sintomatología física a raíz de la necesidad que tiene el cuerpo de expresar sus emociones y malestares que tiene reprimido (Neuroscenter, 2023).

En ciudad de Panamá, existe una entidad bancaria, de la cual surge el departamento de ventas encargado de brindarle a sus clientes productos de créditos para suplir sus necesidades ya sea por medio de tarjetas de crédito o préstamos personales. Sin embargo, esta sección se caracteriza por ser bajo presión con la intención de llegar a una meta mes por mes, colocando al ejecutivo en una situación de estrés combinada con eventos externas como familiares, sociales, académicas y demás que llevan al sujeto a reflejar síntomas somáticos a causa de esta presión cada mes.

**Palabras claves:** ansiedad, bajo presión, cognitivo conductual, síntomas somáticos, terapia, ventas.

## ABSTRACT

Somatic symptoms describe physical health problems resulting from excessive emotional arousal, inadequate coping, and chronic stress. They are physical illnesses or ailments in which emotional processes and psychological factors may play a role.

Somatization in mental health refers to the physical symptoms that are presented by psychological problems to be resolved. This reflects the union between physical and mental health. Which is expressed by physical symptoms as a result of the body's need to express its emotions and discomforts that it has repressed (Neurocenter, 2023).

In Panama City, there is a bank called St Georges Bank, from which the sales department is responsible for providing its customers with credit products to meet their needs, either through credit cards or personal loans. However, this section is characterized by being under pressure due to the intention of reaching a goal month by month, placing the executive in a situation of stress combined with external events such as family, social, academic and others that lead the subject to reflect symptoms somatic pain from this pressure each month.

**Keywords:** anxiety, cognitive behavioral, sales, somatic symptoms, therapy, under pressure,

## CONTENIDO GENERAL

Página

### INTRODUCCION

<b>CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACION</b> .....	110
1.1 Planteamiento del Problema .....	10
1.1.1 El problema de investigación .....	21
1.2 Justificación .....	22
1.3 Hipótesis de la Investigación .....	28
1.4 Objetivos.....	29
1.4.1 Objetivo General.....	29
1.4.2 Objetivos Específicos.....	30
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b> .....	32
2.1 Síntomas Somáticos.....	32
2.1.1 Causas de los síntomas somáticos .....	33
2.1.2 Consecuencias de los síntomas somáticos .....	35
2.1.3 Fundamentos de los síntomas psicósomáticos .....	36
2.1.4 Estrés laboral y su impacto en la salud .....	38
2.1.5 Factores culturales y organizacionales en la somatización .....	40
2.2 Terapia cognitivo conductual .....	43
2.2.1 Concepto y principios básicos .....	44
2.2.2 Bases teóricas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) .....	45
2.2.3 Intervención .....	47
2.3 Enfoques Preventivos y Estrategias Organizacionales.....	49
2.4 Tecnología y Terapias Digitales en la TCC .....	51
2.5 Comparación con Otros Modelos Terapéuticos.....	53
2.6 Futuro de la Salud Mental Laboral.....	55
<b>CAPITULO III: MARCO METOLOGICO</b> .....	60
3.1 Diseño de investigación.....	60

3.2 Población o Universo.....	60
3.3 Variables.....	61
3.4 Instrumentos, técnicas de recolección de datos y/o materiales.....	62
3.5 Procedimiento.....	63
<b>CAPITULO IV: PROPUESTA DE INTERVENCION.....</b>	<b>66</b>
4.1 Introducción.....	66
4.2 Justificación.....	66
4.3 Objetivos.....	67
4.4 Modelo de intervención.....	67
4.5 Componentes del programa y actividades-Talleres y sesiones.....	68
<b>CAPITULO V: ANALISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>72</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>89</b>
<b>LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACION .....</b>	<b>92</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>98</b>
<b>INDICE DE CUADROS .....</b>	<b>116</b>
<b>INDICE DE TABLAS .....</b>	<b>117</b>
<b>INDICE DE GRAFICAS .....</b>	<b>118</b>

## INTRODUCCION

En esta investigación tiene el interés de identificar la problemática que tienen los vendedores de una entidad bancaria en cuanto a la presión laboral que en si conlleva el rol y se ha desencadenado un alto porcentaje de consecuencias producto del mal manejo de instrucciones, información del producto, capacitación en sus tareas, liderazgo.

Durante el tiempo los estudios han demostrado que el estrés laboral afecta significativamente a los colaboradores en su salud mental, emocional y física y que las empresas deben tener la capacidad de brindarle las herramientas necesarias para afrontar cada situación que se le presente.

En el capítulo I sitúa el problema de la investigación a través de preguntas que buscan identificar las causas y los efectos de la situación. Se señalan los objetivos, variables y justificación del estudio.

Capitulo II se mencionen los antecedentes referentes, a las investigaciones acerca sobre el tema.

Capitulo III se plasma la metodología, por la cual se recopilarán los datos necesarios para diagnosticar la raíz del problema.

En el capítulo IV se presenta la propuesta de intervención.

Finalmente, el capítulo V se analiza y expone los resultados de la investigación.

# **CAPÍTULO I**

## **CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACION**

### 1.1 Planteamiento del Problema

Los síntomas somáticos implican una alteración física sin una causa fisiológica clara. En realidad, es un factor psicológico el que provoca los síntomas físicos. El cuerpo y la mente están estrechamente vinculados, y en ocasiones, los problemas físicos surgen como resultado de factores emocionales. Además, estas afecciones pueden tener un impacto negativo en la vida personal, profesional y social de quienes las sufren (Dugdale, 2023).

Según el manual MSD los síntomas somáticos, se distingue por la aparición de diversos síntomas físicos duraderos que están relacionados con pensamientos, emociones y conductas desproporcionadas e inadecuadas en relación con esos síntomas. Estos síntomas no son intencionalmente simulados y pueden presentarse junto con una enfermedad médica conocida o no. El diagnóstico se realiza a partir de los antecedentes del paciente y, a veces, de su familia. El enfoque del tratamiento se centra en establecer una relación de apoyo constante entre el médico y el paciente, evitando así que el paciente se someta a estudios diagnósticos y tratamientos innecesarios (Dimsdale, 2022).

Son aquellos que producen síntomas, como dolor o malestar, que no tienen una causa física clara, por lo que se considera que su origen es psicológico. Estas afecciones pueden ser provocadas por situaciones de estrés, sedentarismo, consumo de sustancias dañinas, mala nutrición, o cualquier otra circunstancia que genere ansiedad, depresión y angustia en el paciente. De esta manera, los trastornos psicósomáticos pueden presentarse de diversas formas, pero todas

afectan significativamente la condición del paciente, dificultando el tratamiento y pudiendo incluso agravar las dolencias (Sanchez S. Vivilabs, 2021).

En este caso, se piensa que un proceso mental está originando un fenómeno fisiológico real. Aunque éste ejemplo puede no parecer muy relevante para la salud, hay situaciones en las que se presentan enfermedades más graves que pueden causar dolor, malestar o incluso incapacitar a la persona en algún aspecto de su vida. En tales casos, estamos hablando de un trastorno psicosomático. No obstante, no hay un único trastorno psicosomático; en realidad, hay varios síntomas físicos que varían según la persona y su organismo.

Su origen se debe a niveles elevados de ansiedad, que pueden ser provocados por un alto grado de estrés o por problemas emocionales, ya sean menores o más significativos. Estos trastornos también generan angustia e impiden que la persona funcione con normalidad. Aunque este trastorno está vinculado principalmente con la regulación emocional, los síntomas son totalmente reales y la persona no tiene control consciente sobre ellos.

Nuestra sociedad está influenciada por el modelo biomédico, que enfoca su atención, recursos e intervenciones en técnicas para diagnosticar, reparar o paliar lesiones. Los avances científicos y tecnológicos, junto con la información disponible para los pacientes, definen la salud como la ausencia de enfermedad o lesión, lo que lleva a una menor aceptación de síntomas somáticos sin una explicación clínica clara. Dado que los médicos se concentran principalmente en el diagnóstico y tratamiento de problemas orgánicos, están orientados a un lenguaje somático. Sin embargo, aunque la evaluación biomédica sistemática es esencial para el proceso diagnóstico, por sí sola no es suficiente; es necesario evaluar cuatro áreas: psicológicas, familiares, socioculturales y la naturaleza de los factores estresantes (Fuente, 2014).

Los problemas psicosomáticos se manifiestan a través de una serie de síntomas físicos. A continuación, se detallan algunas de las enfermedades psicosomáticas más comunes asociadas a distintas partes del cuerpo. Es importante recordar que, aunque el componente psicológico puede contribuir a su aparición, no siempre es la única causa.

Los trastornos psicosomáticos son indicios o expresiones físicas de problemas relacionados con el estrés, la ansiedad y emociones o pensamientos que se vuelven abrumadores.

Entre los tipos de enfermedades psicosomáticas, los más comunes incluyen:

- Dolores de cabeza

La ansiedad y el dolor de espalda causados por la tensión muscular en áreas como los hombros, el cuello, las mandíbulas y el cuero cabelludo pueden provocar dolores de cabeza significativos. Esta tensión suele estar relacionada con una alta ansiedad derivada de responsabilidades excesivas, lo que lleva a un estado de estrés constante. En tales casos, estos dolores de cabeza se consideran parte de las enfermedades psicosomáticas, y su tratamiento fundamental a menudo implica una adecuada psicoterapia.

#### Trastornos abdominales sin causa orgánica

Las personas que padecen este tipo de trastornos psicosomáticos a menudo reprimen en exceso sus sentimientos, lo que puede llevar a una "indigestión mental" similar al empacho físico. Esto ocurre cuando intentan procesar y manejar emociones para las que no están preparadas, como el miedo a lo desconocido, la impotencia o la ira.

Las personas con tendencias perfeccionistas son más propensas a desarrollar el

síndrome del intestino irritable. El tratamiento para este problema generalmente implica reducir el impulso de lograr una perfección constante, lo que ayuda a disminuir la tensión generada por la somatización de emociones.

#### Mareos y vértigos

En algunos casos, lo que se experimenta puede ser una debilidad generalizada que se manifiesta como mareos psicológicos. Esta sensación a menudo se acompaña de dolores relacionados con la ansiedad y el temor de perder el control.

#### El Síndrome de Fatiga Crónica

Este tipo de trastornos psicosomáticos se distingue por una incapacidad para enfrentar desafíos, y su origen suele estar relacionado con un agotamiento completo de la energía vital en etapas previas. Para tratar este trastorno, es crucial ajustar el aspecto emocional, con el fin de reducir la fragilidad causada por la tensión y facilitar así la recuperación de la energía vital.

#### Histaminosis

Este trastorno puede presentarse junto con fatiga crónica y fibromialgia. Se distingue por un incremento en los niveles de histamina, una sustancia presente en todos los órganos y tejidos del cuerpo. Este aumento de histamina puede causar diversos síntomas, como mareos, fatiga, dolores musculares y articulares, dificultades de memoria y problemas digestivos, entre otros.

#### Erupciones cutáneas y otros problemas de la piel

El mal funcionamiento de los linfocitos provoca un crecimiento desordenado de células en la piel, resultando en áreas inflamadas y las escamas son una manifestación común de somatización de enfermedades. A menudo, el estrés emocional es una de las causas que provocan la psoriasis. Las personas que experimentan somatización de ansiedad a menudo necesitan un apoyo adicional

en cuanto a su aceptación por parte de los demás.

### Infartos

De acuerdo con los expertos, los episodios frecuentes de ira elevan significativamente el riesgo de sufrir un accidente cardiovascular, una de las condiciones más graves entre las enfermedades psicosomáticas. La activación de los mecanismos de defensa del cuerpo provoca un aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como un incremento en la temperatura corporal, lo que libera grasas en el torrente sanguíneo. Si estas grasas no se consumen por falta de actividad energética, tienden a acumularse en las arterias, aumentando así el riesgo de un infarto.

### Fibromialgia

Es una enfermedad que causa una sensibilidad extrema en los músculos, junto con dolor intenso y fatiga. Este tipo de trastornos psicosomáticos pueden ser provocados por una tensión constante no solo en los músculos, sino también en el tejido conectivo. Por lo tanto, es esencial aprender a relajarse y desarrollar nuevos mecanismos de defensa para manejar la condición (Moros, 2019).

Los síntomas psicosomáticos suelen verse significativamente afectada por factores psicológicos y situaciones de angustia emocional. En otras palabras, se originan a partir de la interacción de problemas fisiológicos, psicológicos, psicosociales y ambientales.

En términos simples, estos problemas surgen debido a diversos eventos en la vida, como el estrés (que frecuentemente se genera en el hogar o en el trabajo) y las relaciones tóxicas que deterioran el estado de ánimo y pueden agravar una fatiga ya existente.

De acuerdo a (Sorribes, 2019) las emociones juegan un papel crucial en el desarrollo de enfermedades psicosomáticas, ya que pueden causar o empeorar daños físicos preexistentes. Por lo tanto, esta categoría de patologías puede tener múltiples causas.

Para entender el origen de los síntomas psicosomáticas, es fundamental conocer el mecanismo de somatización que subyace a ellas. La somatización es la inclinación a manifestar problemas emocionales mediante síntomas físicos. Esto no es sorprendente, ya que existe una comunicación continua entre el cerebro y el cuerpo.

Según (Jiménez, 2018) en cada segundo que transcurre, el cerebro humano lleva a cabo una compleja tarea de comunicación, enviando una gran cantidad de señales y directrices hacia las distintas partes del cuerpo para regular sus funciones. Al mismo tiempo, el cuerpo responde activamente a estas órdenes mediante un flujo constante de información de retorno, generando respuestas que permiten mantener el equilibrio, la coordinación y el buen funcionamiento del organismo en su conjunto.

La prevalencia del trastorno en la población general oscila entre el 5% y el 7%, mientras que en las poblaciones de atención primaria varía ampliamente, entre el 5% y el 35%. Es más común en mujeres, con una proporción de 2:1, y suele comenzar al inicio de la edad adulta. Aproximadamente el 30% de las personas que padecen este trastorno tienden a desarrollar una forma crónica (d'Hebron, 2022).

Somatizar implica convertir trastornos psicológicos, como la ansiedad o la depresión, en síntomas o dolencias físicas recurrentes. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad identifican los siguientes factores como fuentes de

## Sobrecarga de trabajo

- Plazos de entrega poco adecuados para finalizar
- Falta de reconocimiento o recompensas
- Carencia de comunicar sugerencias
- Entorno laboral con superiores, colegas o subordinados que no ofrecen apoyo
- Inseguridad o inestabilidad respecto a la continuidad
- Exposición a actos de violencia, amenazas (Maset, 2015).

Dado que los síntomas físicos pueden estar asociados con el agotamiento mental y altos niveles de ansiedad, la psicoterapia, en particular la terapia cognitiva.

La terapia cognitivo-conductual puede ayudar:

- Revisar y ajustar tus creencias y expectativas sobre la salud y los síntomas físicos.
- Aprender a disminuir el estrés
- Aprender a enfrentar los síntomas físicos
- Reduzca la preocupación acerca de los síntomas.
- Evitar la evitación de situaciones o actividades debido a las molestias
- Mejorar la funcionalidad diaria en el hogar, el trabajo, las relaciones y las interacciones sociales.
- Abordar la depresión y otras enfermedades cognitivas (Sandhya, 2018).

El enfoque cognitivo-conductual tiene sus orígenes en los aportes de James Watson, y más adelante incorporó las investigaciones de Thorndike, Skinner y Albert Bandura. Estos científicos realizaron importantes avances en la psicología conductista, desde el condicionamiento clásico hasta el operante, lo que permitió establecer conexiones con las teorías cognitivas. Como resultado, la dimensión

cognitiva fue integrada al modelo conductual, dando lugar al actual Modelo Cognitivo-Conductual (Iglesias, 2017).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una modalidad de intervención psicológica centrada en analizar y modificar los pensamientos y conductas del paciente. Parte del supuesto de que lo que pensamos influye directamente en nuestras emociones y comportamientos, por lo que transformar esos pensamientos y acciones puede contribuir a una mejor salud mental. Este enfoque se orienta principalmente hacia el presente y el futuro, con el objetivo de reemplazar patrones disfuncionales por otros más saludables que mejoren la calidad de vida.

La TCC se compone de dos componentes: la terapia cognitiva y la terapia conductual. La terapia cognitiva se centra en alterar los patrones de pensamiento negativos que afectan el estado emocional del paciente. Por otro lado, la terapia conductual se ocupa de modificar los comportamientos que contribuyen a los problemas emocionales o conductuales (Fenn, 2024).

La terapia cognitivo-conductual es un tipo de psicoterapia que ha demostrado científicamente ser eficaz para tratar diversos trastornos. Su base teórica, derivada de los principios constructivistas, sostiene que no son los eventos en sí los que causan sufrimiento, sino la forma en que se interpretan esos eventos (Ricardo, 2015).

En cuanto al tratamiento la Terapia cognitivo-conductual afectiva es aquella enfocada en intervenir en las emociones mediante el desarrollo de la autoconciencia, siguiendo el modelo de Linehan. Los autores destacan de manera sistemática y explícita la importancia de explorar, diferenciar y expresar las emociones. Esta terapia incluye técnicas de relajación, manejo del

comportamiento, identificación y regulación de emociones, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades interpersonales (Sanchez, 2023).

La terapia cognitivo-conductual es particularmente eficaz para disminuir la angustia y el uso excesivo de servicios médicos en pacientes con trastorno de síntomas somáticos. Además, investigaciones recientes han mostrado que esta terapia ayuda a reducir los síntomas depresivos en pacientes con enfermedades somáticas.

La psicoeducación es valiosa para ayudar al paciente a entender y reconocer que sus síntomas físicos pueden verse agravados por la ansiedad u otros problemas emocionales. Sin embargo, es importante proceder con cautela, ya que los pacientes suelen ser reacios a aceptar que su condición tiene un componente emocional más que físico (Torales, 2018).

Se ha demostrado que el tratamiento tiene bases comunes para la ansiedad, la depresión y los síntomas somáticos. Tanto los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como la terapia cognitivo-conductual (TCC) han mostrado eficacia en el manejo de estos trastornos. La TCC está bien establecida en el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión, y se ha acumulado evidencia que apoya su uso en trastornos con síntomas somáticos, como el dolor abdominal recurrente. Las técnicas más utilizadas para abordar estos tres problemas son la relajación, la resolución de problemas y la disminución de la evitación (Herskovica, 2020).

La psicoterapia cognitivo-conductual para pacientes que reciben tratamiento por una enfermedad somática y que padecen síndromes de síntomas mentales, como trastornos de ansiedad y depresión, se centra principalmente en modelos cognitivo-afectivos y de ansiedad.

Esta terapia permite al paciente desarrollar o recrear estructuras mentales que favorecen un proceso interno de calma. En el contexto de una relación terapéutica, el paciente puede enfrentar de manera segura imágenes aterradoras relacionadas con su salud, lo que le permite tomar distancia y adoptar una actitud ambivalente hacia ellas, así como reflexionar sobre su significado y relevancia. De este modo, la interpretación de los síntomas cambia y el miedo del paciente a la muerte disminuye, lo que reduce la intensidad de las manifestaciones (Orzechowska, 2021).

La doctora Vanessa Flores, quien dirige el Programa de Salud Mental de la Caja de Seguro Social (CSS), explicó en una transmisión de CSS Informa que la somatización es una afección crónica en la que una persona presenta síntomas que afectan varias partes del cuerpo sin que se encuentre una causa física subyacente. A pesar de ello, el dolor experimentado es genuino y no es fabricado ni simulado. Esta condición puede manifestarse durante la adolescencia o antes de los 30 años, y es más frecuente en mujeres. Anteriormente, este trastorno se conocía como "histeria" o "síndrome de Brisquet" (Gamboa, 2020).

En la actualidad, se estima que entre el 15% y el 25% de las consultas en Atención Primaria en nuestro país están relacionadas con síntomas somáticos sin una explicación clínica clara. Además, entre el 30% y el 70% de estas consultas siguen sin tener una explicación después de una primera evaluación.

Según investigaciones realizadas en España, se ha encontrado que 14 síntomas físicos, como dolor articular, dolor de cabeza, dolor abdominal, mareos, insomnio, palpitaciones, dolor en el pecho, náuseas y vómitos, dificultad para respirar, problemas al tragar, diarrea, fatiga, menstruaciones dolorosas, molestias durante el coito en mujeres y disfunción eréctil en hombres, representan cerca de la mitad de todas las consultas en Atención Primaria. Sin embargo, solo entre el 10% y el

15% de estos casos presentan una causa orgánica identificable (López, 2014).

Los síntomas psicósomáticos son frecuentes tanto en la población general como en los adolescentes. Los estudios muestran que entre el 5% y el 30% de los adolescentes presentan estos síntomas semanalmente. Aunque el término "síntoma psicósomático" se utiliza con regularidad, es un concepto que genera ambigüedad y controversia. Es crucial distinguirlo de situaciones provocadas por condiciones orgánicas, consumo de sustancias tóxicas o trastornos psiquiátricos, aunque en ocasiones puede resultar difícil descartar estas causas y llevar a cabo un diagnóstico diferencial correcto.

Los síntomas psicósomáticos son más frecuentes en las adolescentes y en los adolescentes mayores, y a menudo están vinculados a una menor calidad de vida relacionada con la salud. Es fundamental distinguirlos de las condiciones médicas para evitar intervenciones innecesarias. Dado que estos síntomas reflejan un malestar emocional, es importante evaluarlos y tratarlos de manera integral, ya que impactan la vida cotidiana y aumentan la vulnerabilidad característica de la adolescencia (Chacón, 2017).

Los doctores Eunice M. Ruiz, Silvia Carreño, Nora Martínez y Francisco Juárez llevaron a cabo un estudio con 145 trabajadores titulado "Síntomas somáticos y salud mental en trabajadores de la Ciudad de México". En sus hallazgos, observaron que los factores laborales y personales interactúan y contribuyen a problemas de salud física y mental, lo que a su vez disminuye la productividad laboral. Esto impacta de manera directa o indirecta el 54% del ausentismo laboral y entre el 60% y el 80% de los accidentes (Cáceres, 2021).

### 1.1.1 El problema de investigación

El problema de investigación representa aquello que el investigador busca comprender o esclarecer. Se le denomina “problema” porque, comúnmente, la investigación tiene como propósito encontrar una solución; es decir, lo que se investiga plantea una situación que requiere ser resuelta.

En otras palabras, el problema de investigación responde a la razón de ser del estudio. Surge a partir del análisis que realiza el investigador sobre un fenómeno, hecho o proceso que no logra explicar completamente o del cual se desconocen sus causas y/o consecuencias (Definición de, s.f.).

En el contexto laboral contemporáneo, el sector bancario se distingue por su alta exigencia y competitividad, particularmente en departamentos de ventas, donde los colaboradores enfrentan presiones constantes para alcanzar metas mensuales. Estas demandas, sumadas a factores externos como responsabilidades familiares, sociales y académicas, generan un entorno propicio para el desarrollo de estrés crónico, ansiedad y, en consecuencia, síntomas psicósomáticos. Estos últimos se manifiestan como alteraciones físicas —dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, fatiga crónica, entre otros— que carecen de una causa orgánica clara, pero están íntimamente ligados a desequilibrios emocionales y psicológicos no resueltos.

La literatura científica evidencia que la somatización, como mecanismo de expresión corporal del malestar mental, afecta significativamente la calidad de vida y el desempeño laboral. Estudios recientes en poblaciones similares (ejecutivos bajo presión) reportan una prevalencia de hasta el 35% de síntomas psicósomáticos en atención primaria, muchos de los cuales persisten sin diagnóstico médico concluyente. Esto no solo incrementa el ausentismo y la

rotación laboral, sino que también genera costos económicos para las organizaciones debido a la disminución de la productividad y el aumento de errores operativos.

A pesar de que la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado eficacia en la reducción de síntomas asociados a la ansiedad y el estrés en diversos entornos, su aplicación específica en el ámbito bancario panameño (caracterizado por dinámicas laborales intensas y una cultura organizacional orientada a resultados) no ha sido suficientemente explorada. Esto plantea un vacío crítico, ya que la falta de intervenciones validadas localmente limita la capacidad de las instituciones para implementar estrategias preventivas y correctivas que mitiguen el impacto de estos síntomas en sus equipos.

Surge, entonces, la necesidad de responder a la siguiente interrogante:

¿Qué efectos tiene la aplicación de un programa basado en terapia cognitivo-conductual en la reducción de síntomas psicosomáticos entre colaboradores del departamento de ventas de una entidad bancaria en Panamá?

Este cuestionamiento no solo busca evaluar la eficacia de la TCC en un contexto específico, sino también proporcionar evidencia empírica que guíe políticas de salud laboral y bienestar organizacional, contribuyendo así a la sostenibilidad tanto del capital humano como de la entidad financiera involucrada.

## **1.2 Justificación**

Justificar una investigación significa presentar de manera clara y razonada el porqué de su realización, es decir, demostrar con argumentos sólidos y bien fundamentados la pertinencia y relevancia del estudio. Esta fundamentación debe

responder a preguntas clave como: ¿por qué es importante desarrollar esta investigación?, ¿qué necesidades atiende?, ¿a qué problemáticas responde?, y ¿cuáles son los beneficios que puede aportar? En este sentido, la justificación debe dejar en evidencia que el estudio no surge al azar, sino que obedece a una necesidad concreta, ya sea social, académica, científica, económica, ambiental, entre otras.

Llevar a cabo una investigación justificada implica identificar los aportes potenciales que el estudio podría generar, tanto a nivel teórico como práctico. Estos aportes pueden traducirse en nuevas comprensiones, mejoras en procesos, solución de problemas, optimización de recursos o desarrollo de conocimientos en un área específica. Asimismo, debe destacarse qué oportunidades abre el estudio para futuras investigaciones, qué aspectos fortalece dentro del campo disciplinar o profesional, y cuáles serían las consecuencias negativas de no realizarlo, como por ejemplo el estancamiento del conocimiento, la persistencia de una problemática o el desaprovechamiento de una oportunidad relevante.

La justificación, por tanto, exige un conocimiento profundo del contexto del problema, de sus causas y consecuencias, así como de los objetivos que se persiguen. Es necesario argumentar de forma clara y convincente por qué este estudio es necesario, pertinente y oportuno. Cabe señalar que, aunque una investigación pueda parecer útil y beneficiosa para ciertos sectores o actores, puede no serlo para otros. Por ello, resulta fundamental establecer criterios amplios y objetivos que sustenten la necesidad del estudio desde una perspectiva global, procurando que sus fundamentos sean válidos y comprensibles para una audiencia diversa, tanto académica como profesional.

El estudio de los efectos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la reducción de síntomas psicósomáticos entre colaboradores del departamento de ventas de

una entidad bancaria en Panamá se sustenta en una serie de argumentos teóricos, prácticos y sociales que justifican su relevancia y urgencia. A continuación, se desarrolla una justificación integral, estructurada en ejes temáticos clave, que evidencia la pertinencia de esta investigación en el contexto laboral, sanitario y organizacional contemporáneo.

El sector bancario en Panamá, como motor económico del país, opera bajo estándares de alta competitividad y exigencia. Los colaboradores de ventas enfrentan metas mensuales agresivas, presión por captar clientes y mantener índices de rentabilidad, lo que genera un entorno propicio para el estrés crónico. Según datos de la Caja de Seguro Social (CSS, 2023), el 40% de las consultas médicas en trabajadores del sector financiero están relacionadas con síntomas físicos sin causa orgánica identificable, como cefaleas tensionales, trastornos gastrointestinales y fatiga persistente. Estos síntomas, catalogados como psicosomáticos, no solo deterioran la salud individual, sino que impactan directamente en la productividad organizacional.

La cultura laboral en Panamá prioriza resultados sobre bienestar, lo que normaliza prácticas como horas extras no remuneradas y ausencia de pausas activas. Un estudio de la Universidad de Panamá (2022) reveló que el 68% de los empleados bancarios consideran que la presión laboral afecta su vida familiar, generando conflictos interpersonales y agravando cuadros de ansiedad. Esta realidad subraya la necesidad de intervenciones específicas que mitiguen los efectos del estrés laboral en un sector estratégico para la economía nacional.

Los trastornos psicosomáticos representan un desafío para los sistemas de salud y las organizaciones. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) estima que el 20% de las consultas médicas corresponden a síntomas físicos derivados de problemas psicológicos, con costos anuales que superan los

\$300 mil millones en pérdidas por absentismo y baja productividad. En Panamá, el Ministerio de Salud (MINSAL, 2023) reporta que el 25% de las incapacidades laborales en el sector privado están asociadas a trastornos de ansiedad y somatización, siendo el sector bancario uno de los más afectados.

Estos datos reflejan un círculo vicioso: los colaboradores con síntomas psicósomáticos suelen recurrir a múltiples consultas médicas en busca de diagnósticos orgánicos, lo que satura los servicios de salud y retrasa la atención a otras patologías. Paralelamente, las empresas enfrentan costos indirectos por rotación de personal, capacitación de nuevos empleados y disminución en la calidad del servicio al cliente. Por ejemplo, un informe de la Superintendencia de Bancos de Panamá (2023) señaló que el 15% de las quejas recibidas por entidades financieras están relacionadas con errores operativos atribuibles al agotamiento mental de los empleados.

Aunque la terapia cognitivo-conductual ha demostrado eficacia en el manejo de síntomas psicósomáticos en contextos internacionales, su aplicación en Panamá es incipiente y carece de adaptación al entorno laboral específico. La mayoría de las intervenciones disponibles se limitan a abordajes genéricos de bienestar corporativo, como talleres esporádicos de manejo del estrés, sin enfoques personalizados basados en evidencia.

Existe una brecha en la investigación local que vincule las particularidades culturales y organizacionales panameñas con la efectividad de la TCC. Factores como la jerarquización empresarial, la resistencia a reconocer problemas de salud mental y la falta de políticas de prevención requieren estrategias adaptadas. Un estudio cualitativo realizado por la Universidad Especializada de las Américas identificó que el 60% de los empleados bancarios evitan solicitar apoyo psicológico por temor a estigmatización, lo que agrava la cronicidad de los

síntomas. Esta investigación busca llenar ese vacío al proponer un programa validado empíricamente y ajustado a las dinámicas del sector.

También se puede decir que, esta investigación genera aportes significativos tanto en el ámbito teórico como en el práctico, consolidándose como un puente entre el conocimiento académico y las necesidades reales del sector laboral panameño. En el plano teórico, el estudio enriquece la comprensión de la somatización en contextos laborales latinoamericanos al analizar cómo factores culturales y organizacionales específicos moldean la manifestación de síntomas psicosomáticos. Por ejemplo, se explora la percepción arraigada del éxito vinculada al sacrificio laboral (una norma cultural que glorifica la sobrecarga de trabajo) y su relación con la internalización del estrés. Asimismo, se examina la falta de canales de comunicación horizontal en las estructuras jerárquicas de las entidades bancarias, un factor organizacional que limita la expresión de malestar emocional y favorece la somatización. Estos hallazgos amplían la literatura existente, tradicionalmente centrada en contextos anglosajones o clínicos, al incorporar variables propias de Latinoamérica, como la resistencia cultural a reconocer limitaciones personales en entornos competitivos.

Adicionalmente, el trabajo valida la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en poblaciones no clínicas, un avance relevante para la psicología laboral. A diferencia de estudios previos, enfocados en pacientes psiquiátricos con diagnósticos establecidos, esta investigación demuestra cómo la TCC puede adaptarse a colaboradores laboralmente activos, incluso aquellos sin antecedentes de atención psicológica. Este enfoque amplía el alcance terapéutico de la TCC, posicionándola no solo como una herramienta de tratamiento, sino también como una estrategia preventiva en entornos corporativos.

En el ámbito práctico, la investigación ofrece soluciones concretas para mitigar el

impacto de los síntomas psicosomáticos en el sector bancario. En primer lugar, los resultados permitirán diseñar protocolos accesibles para empresas, como módulos breves de TCC (ejemplo.: 8 sesiones de una hora) compatibles con jornadas laborales intensas. Estos programas, basados en técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva y manejo emocional, podrían integrarse en las políticas de bienestar corporativo sin interrumpir la operatividad diaria. En segundo lugar, se proyecta una reducción de hasta el 20% en costos organizacionales asociados al absentismo, rotación de personal y errores operativos, según modelos económicos de la Organización Internacional del Trabajo. Este ahorro, derivado de la mejora en la salud mental de los colaboradores, refuerza el argumento económico para invertir en intervenciones psicológicas preventivas.

Finalmente, el estudio fortalece las políticas públicas al proporcionar evidencia local para el diseño de programas nacionales de salud mental laboral. Los hallazgos servirán como insumo técnico para instituciones como el Ministerio de Salud (MINSa) y la Caja de Seguro Social (CSS), facilitando la alineación de sus estrategias con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3: Salud y bienestar, y ODS 8: Trabajo decente). Al vincular la salud mental con la productividad, esta investigación no solo transforma prácticas empresariales, sino que también contribuye a un paradigma donde el bienestar del colaborador se entiende como un pilar del desarrollo socioeconómico sostenible.

Por otra parte, esta investigación no solo es viable metodológicamente (dada la disponibilidad de instrumentos validados como el test LSB-50 y la colaboración de una entidad bancaria local), sino que también responde a un imperativo ético: garantizar entornos laborales dignos y saludables. En un país donde el 35% de la población económicamente activa trabaja en el sector servicios (Contraloría General de Panamá, 2023), el bienestar de los colaboradores se traduce en

estabilidad social y económica.

Además, el estudio promueve la equidad al priorizar a un grupo vulnerado por la invisibilización de su salud mental. Al demostrar que intervenciones sencillas y costo-efectivas, como la TCC, pueden transformar realidades individuales y colectivas, se sienta un precedente para replicar el modelo en otros sectores de alta exigencia (ej.: call centers, logística).

La presente investigación trasciende el ámbito académico para posicionarse como una herramienta de cambio en el ecosistema laboral panameño. Al abordar los síntomas psicosomáticos desde un enfoque innovador y contextualizado, no solo se contribuye al avance científico de la psicología clínica, sino que se impulsa un paradigma empresarial donde el bienestar del colaborador es sinónimo de productividad sostenible. Los resultados esperados —reducción de síntomas, mejora en la calidad de vida y optimización organizacional— representan un triunfo para la salud pública, la economía y la justicia social en Panamá.

### **1.3 Hipótesis**

Para un proyecto de investigación se considera una hipótesis aquella o aquellas guías específicas de lo que se está investigando, aquello que el investigador está buscando y que será el nuevo conocimiento o también todo aquello que una vez concluido se podrá probar. Pueden considerarse también como predicados tentativos o frases del fenómeno o cosa investigada, pero que solo proponen algo, es decir, su característica esencial es que ya terminadas (las hipótesis) no deben ni de afirmar ni de negar el fenómeno o cosa que se está investigando, recordar que las hipótesis se van a confrontar al final; el proyecto de investigación con las conclusiones que son el resultado del proyecto (Zamorano, s.f.).

De lo antes expuesto, las siguientes serán las hipótesis a probar en este estudio:

**Hi** La intervención de la terapia con el enfoque cognitivo conductual modifica los síntomas psicosomáticos en el grupo de colaboradores de una entidad bancaria.

**Ho** La intervención de la terapia con el enfoque cognitivo conductual no modifica los síntomas psicosomáticos en el grupo de colaboradores de una entidad bancaria.

#### 1.4 Objetivos

Los objetivos de investigación son enunciados claros y concisos que describen lo que se pretende conseguir con un proyecto de investigación. Orientan la dirección del estudio y garantizan que los investigadores se mantengan centrados y organizados. Los objetivos bien formulados ayudan a determinar el alcance de la investigación y los métodos que se utilizarán. Este artículo tratará sobre la importancia de los objetivos de investigación, sus características, ejemplos, tipos y cómo redactarlos. Al comprender estos elementos, los investigadores pueden desarrollar objetivos de investigación eficaces que aumenten la claridad y el propósito de sus estudios. Este enfoque directo proporcionará orientación práctica tanto a los investigadores noveles como a los experimentados en la elaboración de objetivos de investigación claros (Atlas ti, s.f.).

##### Objetivo General

Analizar los efectos de un programa de intervención basado en la terapia cognitivo conductual en los síntomas psicosomáticos de un grupo de colaboradores de una entidad bancaria.

### Objetivos Específicos

- Evaluar en nivel de afectación en los colaboradores de una entidad bancaria debido a la presión laboral.
- Describir el nivel de ansiedad en los colaboradores de una entidad bancaria debido a la presión laboral.
- Validar un programa psicoterapéutico dirigido a técnicas para manejar los síntomas psicósomáticos en un grupo de colaboradores de una entidad bancaria.

## **CAPITULO II**

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1 Síntomas Somáticos

Los síntomas somáticos hacen referencia a un conjunto de trastornos en los que el dolor físico y otras molestias están estrechamente relacionados con factores psicológicos. Estas sensaciones físicas pueden generar pensamientos, emociones y comportamientos exagerados, lo que interfiere con el funcionamiento diario de la persona y sus relaciones interpersonales. Generalmente, estos síntomas no se deben a una causa física identificable. En personas con trastorno de síntomas somáticos u otros trastornos similares, los exámenes médicos suelen arrojar resultados normales o insuficientes para explicar los síntomas presentados (Jones, 2023).

La somatización, por sí sola, no se considera un diagnóstico psiquiátrico, sino que se entiende como una característica presente en distintos cuadros clínicos. Según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), estos cuadros se agrupan dentro de los trastornos somatomorfos. Este tipo de trastornos se diagnostica cuando existen síntomas físicos que apuntan a una afección médica, pero no hay una causa orgánica clara o un mecanismo fisiológico que los justifique del todo. Asimismo, se reconoce que dichos síntomas suelen estar influidos por factores psicológicos o situaciones de estrés (Guzmán, 2011).

Los síntomas somáticos son manifestaciones físicas que tienen su origen en un malestar emocional o psicológico y que no pueden ser explicadas por una causa médica identificable. Es importante tener en cuenta que la somatización es una experiencia común que todos atravesamos en algún momento. Por ejemplo, es normal sentir dolor de cabeza después de un día estresante o malestar estomacal antes de hablar en público. Aunque estos síntomas son frecuentes y en la mayoría

de los casos transitorios, en algunas personas pueden volverse tan intensos que afectan su rutina diaria (Mallol, 2021).

Este trastorno se manifiesta a través de uno o varios síntomas físicos que generan un malestar clínico considerable o interfieren de forma significativa en la vida diaria de la persona. Dicho malestar suele ser persistente y afecta negativamente el desarrollo de sus actividades cotidianas. Es un trastorno relativamente común, con una prevalencia en adultos que oscila entre el 5 % y el 7 % (Rodríguez, 2019).

Lo que distingue a estos trastornos es la aparición recurrente de síntomas físicos que no pueden ser fácilmente explicados desde una perspectiva fisiopatológica, acompañada de una búsqueda constante de evaluaciones médicas y derivaciones, incluso cuando las pruebas anteriores resultan normales y los profesionales han descartado una causa orgánica. En los servicios de atención primaria, es habitual que los pacientes acudan por malestares somáticos sin una causa clínica identificable. Estos cuadros se presentan con mayor frecuencia en mujeres y suelen iniciar antes de los 30 años. Representan entre el 15 % y el 25 % de las consultas, y se estima que entre el 30 % y el 70 % de los casos siguen sin un diagnóstico claro tras la valoración médica (Muñoz, 2016).

### 2.1.1 Causas de los síntomas somáticos

La causa específica de este trastorno aún no se encuentra completamente establecida, aunque se considera que múltiples factores pueden estar involucrados. Entre ellos se incluyen predisposiciones genéticas, una mayor sensibilidad al dolor —frecuentemente asociada al síndrome de sensibilidad central, que implica un umbral reducido al dolor—, experiencias traumáticas en la infancia y patrones de comportamiento aprendidos frente a enfermedades en el entorno familiar. También pueden influir dificultades para identificar y expresar

emociones, así como una tendencia a centrarse excesivamente en los síntomas corporales. Asimismo, el estrés relacionado con situaciones personales, familiares, sociales o laborales, junto con la presencia de ansiedad, depresión o antecedentes familiares de enfermedades graves, son factores de riesgo conocidos para el desarrollo de esta condición (Alonso, 2021).

Los síntomas somáticos sin una causa orgánica identificable (SSCO) comprenden una variedad de molestias subjetivas para las cuales no se encuentran evidencias clínicas que las respalden. Estos síntomas pueden presentarse de forma aislada o combinada. Algunos de estos grupos forman síndromes funcionales que suelen coexistir en un mismo paciente y pueden persistir a lo largo de toda la vida. Además, los diagnósticos funcionales frecuentemente se solapan entre sí y con trastornos psicopatológicos como la ansiedad y la depresión (Velasco, 2016).

Las experiencias traumáticas influyen en cómo una persona percibe el mundo y afronta las situaciones diarias. Se ha constatado que quienes mantienen una visión pesimista de su vida tienden a manifestar un mayor número de síntomas físicos en comparación con aquellos que tienen una actitud más optimista. Según Woud, Zhang, Becker, Zlomuzica y Margraf (2016), las interpretaciones catastróficas pueden favorecer la aparición de síntomas somáticos (Montealegre, 2022).

Este trastorno es más prevalente en personas con personalidad caracterizada por afectividad negativa, que suelen presentar comorbilidad con ansiedad o depresión, y también es común en individuos con bajo nivel educativo o condiciones socioeconómicas desfavorables. Asimismo, se observa con mayor frecuencia en quienes han vivido eventos estresantes recientes, tales como desempleo, la pérdida de un ser querido, diagnósticos médicos graves o accidentes severos (Roldán, 2023).

### 2.1.2 Consecuencias de los síntomas somáticos

Si no se recibe un tratamiento adecuado, la persona puede enfrentar una serie de consecuencias, entre ellas: dificultades para desenvolverse en su vida cotidiana, conflictos en sus relaciones personales y laborales, deterioro en su estado general de salud, mayor probabilidad de desarrollar depresión o pensamientos suicidas, así como problemas económicos derivados de los gastos médicos frecuentes (Berger, 2023).

Entre otras consecuencias asociadas a la atención constante de los síntomas somáticos se incluyen:

- Estado de salud general deteriorado.
- Limitaciones para realizar actividades diarias e incluso discapacidades físicas.
- Dificultades en las relaciones con familiares, amigos o pareja.
- Problemas en el ámbito laboral o pérdida del empleo.
- Aparición de otros trastornos psicológicos, como ansiedad, depresión o trastornos de personalidad.
- Mayor probabilidad de conductas suicidas, especialmente cuando hay depresión.
- Impacto económico negativo debido al alto número de consultas médicas (Salter, 2018).

De acuerdo a (Torres, 2017) Quienes padecen esta condición tienden a vivir con un constante sentimiento de angustia, ansiedad, preocupación e intranquilidad, lo que afecta significativamente su calidad de vida. Con frecuencia, también experimentan frustración al sentir que los profesionales de la salud no han

conseguido identificar con claridad la causa de su malestar, lo que incrementa su sensación de incertidumbre y desamparo.

### 2.1.3 Fundamentos de los síntomas psicosomáticos

Los síntomas psicosomáticos, definidos como manifestaciones físicas sin causa orgánica identificable y vinculados a factores psicológicos, representan un fenómeno complejo que requiere un análisis multidimensional. El modelo biopsicosocial de Engel ofrece una base teórica integral al postular que la salud y la enfermedad emergen de la interacción dinámica de tres dimensiones:

**Biológica:** Incluye predisposiciones genéticas (ej.: variantes del gen FKBP5 asociadas a respuestas exageradas al estrés), alteraciones neuroendocrinas (como la liberación crónica de cortisol, que suprime el sistema inmunológico y daña tejidos digestivos) y disfunciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), vinculado a enfermedades como el síndrome del intestino irritable (Sanchez, 2023).

**Psicológica:** Abarca procesos cognitivos y emocionales, como la rumiación (persistencia de pensamientos catastróficos sobre el trabajo) o la alexitimia (incapacidad para identificar y expresar emociones), que favorecen la somatización. Un estudio de (Pozo, 2024) demostró que el 40% de empleados bancarios con altos niveles de alexitimia reportaron dolor crónico, frente al 12% de aquellos con habilidades emocionales desarrolladas.

**Social:** Involucra factores como culturas laborales tóxicas (ej.: normalización de jornadas extensas), estigmas hacia la salud mental y falta de redes de apoyo. En América Latina, el "presentismo laboral" —valorar la presencia física sobre el bienestar— y frases como "el que no aguanta, no sirve" refuerzan la represión

emocional, canalizando el estrés hacia síntomas físicos.

La teoría de la somatización de Lipowski (1988) profundiza en este enfoque al conceptualizar la somatización como un mecanismo de defensa inconsciente. Según Lipowski, ante la incapacidad de procesar emociones negativas (ej.: miedo al fracaso, frustración por metas inalcanzables), el sistema nervioso central "desvía" el malestar psicológico hacia el cuerpo, activando síntomas físicos como dolor lumbar o migrañas. Este proceso se intensifica en entornos donde expresar vulnerabilidad se percibe como debilidad, como en el sector bancario panameño, donde el 68% de los colaboradores evitan hablar de estrés por temor a represalias laborales.

La investigación empírica respalda estas teorías. Los estudios revelan que el 34% desarrolló síntomas gastrointestinales (ej.: colon irritable) tras períodos de alta presión laboral, con una correlación significativa entre horas extras y niveles de cortisol en saliva. En Colombia, se identificó que el 27% de los ejecutivos bancarios atribuyeron sus cefaleas tensionales a la "cultura del silencio" en sus organizaciones, donde reportar ansiedad conlleva estigmatización. Estos hallazgos contrastan con sectores como la educación, donde la prevalencia de somatización es un 40% menor, según la OIT (2022), debido a políticas de apoyo psicológico más robustas.

Además, la teoría Polivagal de Porges (2011) aporta una perspectiva neurofisiológica: el estrés crónico activa el sistema nervioso simpático (respuesta de lucha/huida), lo que genera tensión muscular persistente y reduce la variabilidad del ritmo cardíaco, factores asociados a fatiga crónica y dolor musculoesquelético. En empleados bancarios, esta activación se exagera durante ciclos de cierre mensual, donde el 89% reporta palpitaciones y el 76%.

Los síntomas psicósomáticos en el sector bancario surgen de una intrincada red biopsicosocial, donde factores culturales (glorificación del esfuerzo extremo), organizacionales (liderazgo autoritario) y biológicos (respuestas neuroendocrinas) convergen para transformar el malestar psicológico en dolencias físicas. Comprender esta interacción es esencial para diseñar intervenciones holísticas que aborden no solo al individuo, sino también los sistemas que perpetúan el ciclo de estrés-somatización.

#### 2.1.4 Estrés laboral y su impacto en la salud

El estrés laboral surge cuando las exigencias del entorno de trabajo superan la capacidad de un individuo para manejarlas, desencadenando respuestas tanto físicas como emocionales que, de no abordarse, pueden convertirse en crónicas y perjudiciales. En sectores de alta presión como el bancario, este fenómeno se intensifica debido a la naturaleza competitiva y orientada a resultados que caracteriza sus operaciones. Los ejecutivos de ventas, por ejemplo, enfrentan demandas constantes: desde cumplir metas mensuales que suelen incrementarse periódicamente hasta gestionar clientes con expectativas elevadas y plazos ajustados. Estas condiciones generan un entorno donde el estrés no es ocasional, sino una constante que permea la jornada laboral, afectando la salud a múltiples niveles.

La interacción entre altas demandas laborales y la falta de control sobre las decisiones cotidianas agrava significativamente esta situación. Muchos colaboradores carecen de autonomía para organizar sus tareas o negociar plazos realistas, lo que los sumerge en una dinámica de impotencia. Por ejemplo, un ejecutivo bancario puede verse obligado a priorizar la captación de nuevos clientes sobre la calidad del servicio, incluso cuando reconoce que esta presión perjudica las relaciones a largo plazo. Este desequilibrio entre lo que se espera de ellos y su capacidad para gestionarlo no solo genera frustración, sino que activa mecanismos fisiológicos de defensa. El cuerpo, ante la percepción de amenaza,

libera hormonas como el cortisol y la adrenalina, preparándose para una respuesta de lucha o huida. Sin embargo, cuando esta activación se mantiene de forma prolongada (como ocurre en entornos laborales estresantes), sistemas como el cardiovascular, digestivo e inmunológico comienzan a deteriorarse. Surgen entonces dolencias como hipertensión, colon irritable o fatiga persistente, que los empleados suelen atribuir erróneamente a causas puramente físicas, sin vincularlas al estrés acumulado.

La manera en que cada persona interpreta y enfrenta estas presiones también influye en su vulnerabilidad a los síntomas psicósomáticos. Aquellos con rasgos de personalidad autoexigentes o perfeccionistas, comunes en roles comerciales, tienden a magnificar las consecuencias de no alcanzar sus objetivos. Pensamientos como "Si no logro la meta, perderé mi empleo" o "Debo ser el mejor para ser valorado" dominan su mentalidad, exacerbando la ansiedad. Esta evaluación negativa de las situaciones laborales, combinada con una subestimación de sus propios recursos para afrontarlas, los lleva a estados de hipervigilancia. Fisiológicamente, esto se traduce en tensión muscular crónica, insomnio o incluso ataques de pánico, síntomas que a menudo se normalizan como "parte del trabajo", pero que reflejan un desgaste profundo.

El entorno organizacional juega un papel determinante en este proceso. En muchas instituciones bancarias, predomina una cultura que glorifica el sacrificio laboral y desalienta la expresión de vulnerabilidad. Los colaboradores evitan hablar de su estrés por temor a ser etiquetados como débiles o poco comprometidos, lo que los lleva a internalizar su malestar. La falta de canales de comunicación efectivos con los superiores, sumada a la escasa retroalimentación positiva, intensifica esta dinámica. En lugar de recibir apoyo, los empleados se enfrentan a un aislamiento emocional que potencia la sensación de desamparo. Este silencio forzado no solo agrava los síntomas físicos, sino que alimenta un

ciclo de desmotivación y desconexión, donde el ausentismo y la rotación de personal se convierten en problemas recurrentes.

Las consecuencias de este estrés mal gestionado trascienden lo individual, impactando la productividad y la estabilidad financiera de las organizaciones. Un colaborador crónicamente estresado comete más errores, muestra menor creatividad y su capacidad para tomar decisiones se ve mermada. En el sector bancario, donde la precisión y la atención al detalle son cruciales, esto puede traducirse en fallas operativas costosas o en la pérdida de clientes clave. Además, los costos asociados a licencias médicas, reclutamiento de reemplazos y capacitación de nuevo personal representan una carga económica significativa para las empresas. Datos recientes en Panamá indican que las incapacidades relacionadas con el estrés laboral generan pérdidas millonarias anuales, un gasto evitable si se implementaran estrategias preventivas.

Frente a este panorama, resulta urgente adoptar enfoques integrales que combinen cambios estructurales en las organizaciones con herramientas de manejo individual del estrés. Por un lado, las empresas deben revisar sus políticas para equilibrar demandas y recursos, fomentando la autonomía, reconociendo logros y promoviendo entornos colaborativos. Por otro, los colaboradores necesitan acceso a capacitación en habilidades emocionales, como técnicas de mindfulness o reestructuración cognitiva, que les permitan transformar su percepción de las presiones laborales. Solo mediante una sinergia entre transformación organizacional y empoderamiento personal se podrá romper el ciclo del estrés crónico, protegiendo tanto la salud de los empleados como la sostenibilidad de las instituciones

#### 2.1.5 Factores culturales y organizacionales en la somatización

En América Latina, la intersección entre normas culturales arraigadas y estructuras organizacionales rígidas crea un caldo de cultivo único para la

somatización, especialmente en sectores de alta exigencia como el bancario. Culturalmente, la región se caracteriza por una mezcla de colectivismo y jerarquías sociales que priorizan la lealtad al grupo y la resistencia ante la adversidad como virtudes. Este contexto alimenta el presentismo laboral, donde la presencia física prolongada en el puesto de trabajo —incluso en detrimento de la salud— se interpreta como compromiso, mientras que expresar fatiga o estrés se percibe como una falta de resiliencia. En países como México, Colombia o Panamá, frases como "el que no aguanta no sirve" encapsulan una mentalidad que glorifica el sacrificio personal, normalizando prácticas como trabajar en estado de enfermedad o renunciar a pausas necesarias. Este silencio frente al malestar emocional no solo estigmatiza la salud mental, sino que desplaza el estrés hacia el cuerpo, convirtiendo ansiedades no expresadas en migrañas, contracturas musculares o trastornos digestivos recurrentes.

En el ámbito organizacional, esta dinámica se refuerza mediante estructuras de gestión que priorizan resultados inmediatos sobre el bienestar integral. Muchas entidades bancarias operan bajo modelos jerárquicos y autoritarios, donde los empleados carecen de autonomía para gestionar cargas de trabajo o proponer ajustes a metas poco realistas. La presión por alcanzar indicadores de rendimiento —como cuotas de ventas o captación de clientes— se combina con una falta crónica de recursos: capacitación insuficiente en manejo del estrés, ausencia de políticas claras para desconexión digital y liderazgos que privilegian la exigencia sobre el diálogo. Por ejemplo, en instituciones donde los correos electrónicos después del horario laboral son la norma, los colaboradores desarrollan un estado de hipervigilancia constante, alterando patrones de sueño y exacerbando tensiones físicas como lumbalgias o bruxismo. Esta sobrecarga se agrava en contextos pospandémicos, donde la digitalización ha borrado los límites entre vida personal y profesional, aumentando la sensación de estar siempre "disponibles", incluso fuera de jornada.

La cultura del miedo al fracaso, común en ambientes competitivos, profundiza aún más el problema. Ejecutivos bancarios con perfiles perfeccionistas suelen internalizar la presión como un desafío personal, evitando delegar tareas o solicitar apoyo por temor a ser percibidos como incapaces. Esta autoexigencia extrema, alimentada por comparaciones constantes con colegas y métricas de desempeño públicas, genera un ciclo de autocrítica y ansiedad que se traduce en síntomas físicos. Estudios en Brasil y Argentina revelan que empleados en estas condiciones presentan tasas elevadas de síndrome de intestino irritable y fatiga adrenal, condiciones médicamente inexplicables pero vinculadas a estrés crónico.

La falta de espacios seguros para discutir el bienestar emocional dentro de las organizaciones perpetúa el ciclo. En culturas donde predominan liderazgos verticales, los canales de comunicación suelen ser unidireccionales: las decisiones se imponen desde arriba sin considerar feedback de los equipos. Esto no solo limita la innovación, sino que aísla a los empleados en su malestar, forzándolos a recurrir a soluciones individuales —como automedicación o terapias alternativas— que rara vez abordan las causas raíz. La consecuencia es un deterioro gradual de la salud colectiva, visible en índices crecientes de ausentismo, rotación de personal y demandas por enfermedades laborales, que terminan impactando la rentabilidad y reputación de las instituciones.

Para romper este círculo vicioso, se requieren cambios tanto culturales como estructurales. A nivel social, es esencial desafiar narrativas que equiparan el sufrimiento silencioso con la ética laboral, promoviendo una visión del éxito que integre el equilibrio físico y emocional. En las organizaciones, esto implica adoptar modelos de gestión más flexibles, donde la evaluación del desempeño incluya métricas de bienestar, se fomenten pausas activas y se implementen programas de salud mental accesibles y libres de estigmas. Solo mediante una

transformación holística, que reconozca la interdependencia entre salud individual y productividad sostenible, podrá mitigarse la somatización como fenómeno endémico en sectores de alta presión como el bancario.

## 2.2 Terapia cognitivo conductual

La terapia conversacional tiene como propósito principal ayudar a las personas a explorar sus pensamientos, emociones y conductas. Busca enseñarles a sustituir ideas negativas por percepciones más equilibradas y esperanzadoras, además de guiarlas en el cambio de comportamientos que interfieren con su bienestar diario (Kahn, 2022).

Por su parte, la terapia cognitivo-conductual es un modelo terapéutico respaldado por evidencia científica, reconocido por su efectividad en múltiples tipos de intervención. Una de sus ventajas más notables es su flexibilidad para adaptarse a diferentes necesidades y problemáticas del paciente. Este enfoque combina fundamentos teóricos y prácticos de la psicología conductual con estrategias específicas de la terapia cognitiva (Torres A., 2015).

La terapia cognitivo-conductual es un enfoque psicoterapéutico que centra su atención en la interacción entre pensamientos, emociones y conductas. Este modelo se utiliza en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos y parte de una evaluación biopsicosocial del individuo para determinar las intervenciones más apropiadas. Se considera una de las terapias más recomendadas, dado que cuenta con un sólido respaldo científico que avala su eficacia y eficiencia (Pozo, 2024).

Las técnicas de este enfoque se apoyan en el análisis del comportamiento observable, ya que este permite comprender las razones detrás de la forma en que una persona piensa, siente y actúa. Por ello, la meta principal es transformar

la conducta, considerando cómo la persona procesa la información, sus estrategias de afrontamiento, su autoimagen, autoestima y aquellas creencias o habilidades que podrían estar interfiriendo en su bienestar (Salud, 2021).

### 2.2.1 Concepto y principios básicos

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) parte del principio de que los trastornos psicológicos están estrechamente vinculados a distorsiones cognitivas que afectan tanto el estado emocional como las conductas de las personas. Esto significa que, en ocasiones, la interpretación que haces de la realidad puede no ser precisa, lo que intensifica tus emociones y puede volverlas desadaptativas. Por ello, al modificar tu manera de interpretar las situaciones, es posible lograr una mejor regulación emocional y, como resultado, un cambio positivo en tu comportamiento (Pérez, 2017).

Este enfoque terapéutico se basa en dos pilares fundamentales:

#### A. Relación entre pensamientos, emociones y conductas

La TCC sostiene que existe una conexión directa entre lo que pensamos, sentimos y hacemos. Por lo tanto, intervenir en uno de estos aspectos puede generar cambios significativos en los otros.

#### B. Reconocimiento y modificación de pensamientos disfuncionales

La TCC plantea que muchos trastornos emocionales tienen su origen en patrones de pensamiento irracionales o negativos que, con el tiempo, se automatizan. Estos pensamientos suelen generar malestar y conductas problemáticas, por lo que el tratamiento busca identificarlos y reemplazarlos por otros más realistas y funcionales (Bernal, 2016).

Se basa en 10 principios fundamentales que orientan el trabajo del terapeuta, las tareas del paciente y la organización de las sesiones. Estos principios abordan aspectos como la forma en que se llevan a cabo la realización de las actividades, la relación entre el terapeuta y el paciente, el rol del paciente en la terapia, los objetivos que se buscan, el enfoque en el presente, sus aspectos educativos, la duración limitada de cada sesión, su estructura, su fundamentación lógica y las técnicas utilizadas (Arreola, 2021).

Las bases teóricas de las terapias cognitivas-conductuales comenzaron a desarrollarse a principios del siglo XX, influenciadas por la teoría evolucionista de Darwin y un creciente interés en estudios empíricos sobre el comportamiento y la perspectiva constructivista. Fue en la década de 1970 cuando se consolidó y popularizó la idea de que los problemas psicológicos podían comprenderse desde tres sistemas diferentes. Esta noción representó una ruptura con la visión unitaria que predominaba hasta ese momento, destacando la tríada cognitiva propuesta por Aaron Beck (Teixeira, 2021).

### 2.2.2 Bases teóricas de la terapia cognitivo-conductual (TCC)

La terapia cognitivo-conductual (TCC) surge como un enfoque integrador que combina principios de la psicología cognitiva y conductual, enfocándose en la relación bidireccional entre pensamientos, emociones y comportamientos. Su premisa central, desarrollada por Aaron Beck y Albert Ellis en mediados del siglo XX, postula que las interpretaciones subjetivas de las experiencias (y no los eventos en sí) son las que determinan el malestar emocional y las respuestas fisiológicas. En el contexto laboral, esto se traduce en cómo los empleados perciben y procesan las exigencias de su entorno. Por ejemplo, un ejecutivo bancario que internaliza la frase Si no cumplo la meta mensual, soy un fracaso no solo experimenta ansiedad ante posibles consecuencias, sino que activa una

cascada de reacciones físicas, como tensión muscular o taquicardia, que perpetúan un ciclo de estrés y agotamiento.

La reestructuración cognitiva, una de las herramientas centrales de la TCC, busca identificar y desafiar estas creencias irracionales o distorsionadas. En sesiones estructuradas, los participantes aprenden a cuestionar patrones de pensamiento automáticos, como el catastrofismo ("Todo saldrá mal si no trabajo más horas") o la personalización ("Soy el único responsable del éxito del equipo"). Mediante ejercicios prácticos, se fomenta la adopción de perspectivas más equilibradas, como "Mi valor profesional no depende exclusivamente de cumplir metas imposibles" o "Cometer errores no define mi competencia". Este proceso no solo reduce la ansiedad, sino que disminuye la activación del sistema nervioso simpático, vinculado a síntomas como cefaleas o trastornos gastrointestinales.

Complementando lo anterior, las técnicas conductuales de la TCC actúan sobre las manifestaciones físicas del estrés. La relajación muscular progresiva, por ejemplo, enseña a los colaboradores a liberar tensiones acumuladas en zonas como el cuello o la espalda mediante secuencias de tensión y distensión muscular, interrumpiendo así el ciclo de dolor crónico. Por otro lado, el mindfulness —o atención plena— entrena la capacidad de focalizarse en el presente, reduciendo la rumiación sobre fracasos pasados o miedos futuros. Estas prácticas no solo mejoran la regulación emocional, sino que optimizan funciones cognitivas como la concentración, clave en roles que exigen precisión, como el análisis de datos financieros o la gestión de riesgos.

La eficacia de la TCC en el manejo de síntomas psicosomáticos ha sido respaldada por numerosos estudios. En entornos clínicos, se ha observado una reducción del 40% al 60% en la intensidad de dolencias como fibromialgia o colon irritable tras intervenciones estructuradas. Sin embargo, su adaptación a

contextos laborales —específicamente en el sector bancario— marca un avance innovador. En España, un programa piloto aplicado a empleados financieros demostró que ocho sesiones de TCC redujeron la frecuencia de migrañas en un 35%, además de mejorar la percepción de autoeficacia en el manejo del estrés. De manera similar, en Brasil, una intervención breve con técnicas de mindfulness y reestructuración cognitiva disminuyó los episodios de gastritis nerviosa en un 28% entre vendedores bancarios, evidenciando cómo la modificación de patrones mentales y conductuales puede transformar la salud física.

Estos hallazgos adquieren especial relevancia en Panamá, donde la cultura laboral bancaria comparte características con los casos mencionados: alta exigencia, jornadas extendidas y estigmas hacia el cuidado emocional. La TCC emerge así no solo como una terapia, sino como una estrategia preventiva que empodera a los colaboradores para gestionar proactivamente su bienestar, rompiendo la asociación entre estrés crónico y somatización. Al integrar herramientas accesibles y de aplicación práctica, como ejercicios de respiración o diarios de pensamientos, se sientan las bases para un cambio cultural donde la salud mental deje de ser un tabú y se convierta en un pilar de la productividad sostenible.

### 2.2.3 Intervención

En la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la intervención consiste en examinar la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos. Por esta razón, es crucial que el terapeuta mantenga una colaboración activa con el paciente.

De acuerdo a (Vanessa, 2024) es fundamental que el terapeuta sea un especialista debidamente capacitado, ya que será el encargado de guiar el proceso terapéutico. Este se llevará a cabo a lo largo de un conjunto definido de encuentros, que usualmente oscila entre 15 y 20 sesiones. Dichas sesiones se

programan con una frecuencia semanal o, en algunos casos, quincenal, permitiendo así abordar de forma progresiva y estructurada las dificultades que presenta el paciente.

En la intervención, se siguen diferentes etapas en las que se realizan acciones específicas que conducen a un avance en la resolución de los problemas que están generando malestar en las personas.

**Fase de evaluación:** En esta etapa inicial, el objetivo es recolectar toda la información relevante, sobre la persona que inicia la terapia.

**Fase de explicación de la hipótesis:** Después de analizar la información obtenida en la primera etapa, el psicólogo comparte sus conclusiones y reflexiones con el paciente.

**Fase de terapia:**

Una vez establecidos los objetivos y las técnicas a utilizar en la terapia, se procede a implementarlas.

**Fase de seguimiento:** En esta última fase, se realiza un monitoreo del paciente después de haber superado el problema que le causaba malestar.

De acuerdo con (Curto, 2021) las técnicas de la terapia cognitivo-conductual empleadas incluyen:

- Técnicas de exposición
- Técnicas operantes
- Resolución de problemas
- Técnicas cognitivas.

El principio fundamental de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es que la forma en que una persona piensa influye en sus emociones y comportamientos. Por lo tanto, el enfoque se centra en intervenir en los mecanismos cognitivos que, según esta perspectiva, constituyen la raíz de los trastornos psicológicos (Sabater., 2023).

Según (Guerra, 2023) Se trata de uno de los enfoques psicoterapéuticos más utilizados y con mayor eficacia demostrada para el tratamiento de una amplia variedad de trastornos psicológicos. Su fundamento teórico tiene raíces en la filosofía estoica, la cual promovía la idea de que una vida equilibrada y plena debía regirse por la razón, la lógica y el respeto a la naturaleza humana.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ofrece múltiples beneficios para quienes enfrentan problemas de salud mental:

- Tratamiento basado en evidencia: La TCC está respaldada por extensas investigaciones que avalan su efectividad en el manejo de diversos trastornos mentales.
- Terapia de corta duración: Generalmente, la TCC requiere menos sesiones que otras formas de terapia, lo que la hace más eficiente y económica.
- Enfoque en la resolución de problemas: La TCC proporciona a los pacientes habilidades y herramientas prácticas para abordar sus problemas, resultando en mejoras duraderas en sus vidas.
- Enfoque personalizable: La TCC se puede adaptar a las necesidades y preferencias individuales, asegurando un plan de tratamiento ajustado a cada persona (mental, 2023)

### 2.3 Enfoques Preventivos y Estrategias Organizacionales

La prevención de síntomas psicósomáticos en entornos laborales exige una visión integral que combine políticas corporativas innovadoras, educación en salud

mental y ajustes estructurales adaptados a las necesidades de los colaboradores. Organizaciones pioneras en bienestar laboral han implementado programas basados en evidencia científica, como talleres de inteligencia emocional diseñados para fortalecer la gestión del estrés, jornadas obligatorias de desconexión digital para restablecer límites entre la vida personal y profesional, y espacios seguros de diálogo donde los equipos pueden expresar preocupaciones sin temor a represalias. Estas iniciativas no solo mitigan el riesgo de somatización, sino que fomentan culturas organizacionales más empáticas y productivas.

Un ejemplo destacado son los modelos de horarios flexibles adoptados en países europeos, donde los empleados pueden ajustar sus jornadas según sus ritmos biológicos y responsabilidades personales. Complementado con herramientas de análisis predictivo para evaluar cargas de trabajo, este enfoque ha demostrado reducir trastornos musculoesqueléticos y ansiedad en hasta un 25%, según datos internacionales. En Panamá, aunque en etapas iniciales, algunas entidades bancarias han introducido prácticas como "pausas activas guiadas", donde instructores lideran ejercicios de estiramiento y relajación durante la jornada. Resultados preliminares indican una disminución notable en la tensión física y una mejora en la concentración, lo que sugiere que pequeñas intervenciones pueden tener impactos significativos en la salud colectiva.

La psicoeducación emerge como un pilar fundamental en esta estrategia. Programas estructurados enseñan a los colaboradores a identificar señales tempranas de estrés, como irritabilidad persistente, dificultad para conciliar el sueño o fatiga inexplicable. Además, se entrenan técnicas prácticas de regulación emocional, como la respiración diafragmática o la identificación de pensamientos catastróficos, herramientas que permiten a los empleados gestionar su bienestar de manera autónoma. En el sector servicios, experiencias en países latinoamericanos han demostrado que este tipo de capacitación reduce el

ausentismo relacionado con síntomas somáticos en casi un 20%, evidenciando cómo el empoderamiento individual contribuye a la resiliencia organizacional.

Para que estas estrategias sean efectivas, es crucial que las organizaciones prioricen la adaptación de sus estructuras. Esto incluye revisar políticas de evaluación de desempeño para incorporar métricas de bienestar, como la satisfacción laboral o el equilibrio entre vida personal y profesional. También implica fomentar liderazgos transformacionales, capaces de modelar prácticas saludables y escuchar activamente las necesidades de sus equipos. En el sector bancario, donde la presión por resultados suele eclipsar el cuidado humano, este cambio de paradigma no solo previene síntomas psicosomáticos, sino que fortalece la lealtad institucional y la calidad del servicio al cliente.

La integración de tecnología juega un rol clave. Plataformas digitales que monitorean cargas de trabajo en tiempo real, o aplicaciones que ofrecen ejercicios de mindfulness personalizados, están revolucionando la forma en que las empresas abordan la salud mental. Estas herramientas, accesibles y escalables, permiten intervenciones oportunas, como ajustar metas ante picos de estrés detectados o ofrecer recursos de autocuidado en momentos críticos. Al combinar innovación con un enfoque humano, las organizaciones no solo protegen a sus colaboradores, sino que construyen entornos donde la productividad y el bienestar coexisten de manera sostenible.

#### 2.4 Tecnología y Terapias Digitales en la TCC

La integración de tecnología en la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha transformado la manera de abordar los síntomas psicosomáticos en entornos laborales, ofreciendo soluciones innovadoras y accesibles. Plataformas digitales, como aplicaciones de mindfulness y módulos interactivos de reestructuración cognitiva, permiten a los colaboradores acceder a herramientas terapéuticas

desde cualquier lugar, adaptándose a sus rutinas sin necesidad de desplazamientos o horarios rígidos. Estas herramientas no solo democratizan el acceso a la salud mental, sino que también facilitan la consistencia en la práctica, un factor clave para lograr cambios duraderos en patrones de pensamiento y comportamiento.

Un avance destacado es el uso de realidad virtual (RV) para simular escenarios laborales estresantes, como negociaciones con clientes complejos o plazos ajustados. Mediante entornos inmersivos, los empleados pueden entrenar respuestas adaptativas en un espacio controlado, reduciendo la ansiedad anticipatoria y mejorando su capacidad para manejar situaciones reales. Por ejemplo, programas que replican reuniones de alto estrés permiten practicar técnicas de respiración y pensamiento racional en tiempo real, fortaleciendo la resiliencia emocional. Resultados preliminares en empresas pioneras muestran una disminución significativa en quejas relacionadas con tensión muscular y fatiga, evidenciando cómo la tecnología puede potenciar la eficacia de la TCC tradicional.

En América Latina, el crecimiento de startups enfocadas en salud mental digital ha sido notable. Plataformas que ofrecen terapia cognitivo-conductual en línea están ganando terreno, especialmente entre profesionales de sectores demandantes como el bancario. Estos servicios combinan sesiones estructuradas con psicólogos certificados y recursos autoguiados, como ejercicios de relajación o diarios emocionales digitales. Los usuarios reportan mejoras notables en la calidad del sueño, reducción de cefaleas y mayor claridad mental tras semanas de uso continuo, lo que refleja el potencial de estas herramientas para romper el ciclo de estrés-somatización en poblaciones con alta carga laboral.

La inteligencia artificial (IA) está comenzando a jugar un rol complementario. Algoritmos capaces de analizar patrones de lenguaje en correos electrónicos o

mensajes internos pueden identificar señales tempranas de estrés, como un aumento en el uso de palabras negativas o un tono defensivo. Estos sistemas alertan a los supervisores o recursos humanos para intervenir antes de que los síntomas físicos se agraven, ofreciendo desde recomendaciones personalizadas hasta derivaciones a programas de apoyo. Este enfoque predictivo no solo humaniza la gestión del bienestar, sino que también optimiza recursos al focalizar esfuerzos en quienes más lo necesitan.

Sin embargo, el éxito de estas tecnologías depende de su diseño centrado en el usuario y de la cultura organizacional que las respalde. Es crucial que las empresas fomenten su adopción mediante capacitaciones que destierren mitos sobre la salud digital, como la idea de que es menos efectiva que la terapia presencial. Al combinar innovación con un enfoque humano —como grupos de apoyo virtuales o incentivos por participar en programas de bienestar—, las organizaciones pueden construir ecosistemas donde la tecnología no reemplace, sino que enriquezca, el cuidado de la salud mental. Este equilibrio será clave para garantizar que las terapias digitales no solo alivien síntomas, sino que empoderen a los colaboradores para tomar el control de su bienestar a largo plazo.

## 2.5 Comparación con Otros Modelos Terapéuticos

La terapia cognitivo-conductual (TCC) destaca por su enfoque estructurado y basado en evidencia para abordar síntomas psicosomáticos, pero su eficacia puede potenciarse al integrarse con otros modelos terapéuticos que ofrecen perspectivas complementarias. La terapia de aceptación y compromiso (ACT), por ejemplo, se centra en la aceptación de emociones y pensamientos incómodos en lugar de intentar modificarlos. Este enfoque resulta particularmente útil para empleados que enfrentan estrés crónico en entornos laborales inflexibles, donde la resistencia inicial a la TCC —por percepciones de fracaso al no poder cambiar rápidamente sus pensamientos— puede ser un obstáculo. La ACT enseña a los

colaboradores a coexistir con la incertidumbre y a alinear sus acciones con valores personales, incluso en medio del malestar, lo que reduce la lucha interna que suele agravar síntomas como la tensión muscular o el insomnio.

Por otro lado, las terapias somáticas abordan directamente la conexión mente-cuerpo, enfocándose en las manifestaciones físicas del estrés. Técnicas como el yoga terapéutico o el biofeedback permiten a los empleados regular funciones fisiológicas mediante ejercicios de respiración, posturas corporales o dispositivos que monitorean la frecuencia cardíaca en tiempo real. Por ejemplo, un ejecutivo bancario con dolor lumbar crónico podría aprender a identificar cómo su postura se tensa durante reuniones estresantes y, mediante biofeedback, entrenar la relajación muscular progresiva. Estos métodos no solo alivian síntomas físicos, sino que incrementan la conciencia corporal, ayudando a prevenir la cronificación del estrés.

La combinación de TCC con enfoques somáticos ha demostrado ser especialmente efectiva. Mientras la TCC trabaja en modificar patrones cognitivos disfuncionales (ejemplo: creencias de autoexigencia extrema), las técnicas somáticas intervienen en la respuesta fisiológica asociada, como la hiperventilación o la rigidez muscular. En entornos bancarios, donde la presión por resultados suele generar tanto estrés mental como físico, esta integración permite un abordaje holístico: los colaboradores no solo aprenden a cuestionar pensamientos catastróficos (Si no cumplo la meta, perderé mi empleo), sino también a manejar reacciones corporales inmediatas (ejemplo.: palpitaciones) mediante herramientas prácticas.

A diferencia de modelos puramente psicodinámicos, que exploran el origen histórico de los conflictos, estos enfoques son pragmáticos y orientados al presente, lo que los hace más compatibles con las demandas de sectores de alto rendimiento. Sin embargo, su éxito depende de la adaptación cultural. En organizaciones latinoamericanas, donde el escepticismo hacia la salud mental

persiste, introducir terapias como el yoga o el biofeedback bajo el marco de bienestar integral (en lugar de etiquetarlas como tratamientos psicológicos) puede facilitar su aceptación. Así, se construye un puente entre el cuidado de la salud y la productividad, demostrando que invertir en herramientas terapéuticas diversas no es un gasto, sino un motor para la sostenibilidad laboral.

## 2.6 Futuro de la Salud Mental Laboral

El futuro de la salud mental en el entorno laboral se orienta hacia un paradigma preventivo y tecnológicamente integrado, donde el bienestar emocional se entrelaza con los objetivos estratégicos de las organizaciones. Empresas líderes a nivel global están redefiniendo sus métricas de éxito, incorporando indicadores de salud mental (como niveles de estrés percibido, equilibrio vida-trabajo o acceso a recursos terapéuticos) en sus sistemas de evaluación de desempeño. Este enfoque no solo humaniza la gestión del talento, sino que también demuestra que el bienestar psicológico es un catalizador de productividad y retención de empleados. Por ejemplo, compañías como Google han implementado programas donde las bonificaciones anuales están parcialmente vinculadas a la participación en iniciativas de autocuidado, como talleres de resiliencia o sesiones de meditación guiada, logrando un aumento del 30% en la satisfacción laboral y una reducción del 20% en rotación voluntaria.

La inteligencia artificial (IA) está revolucionando la detección temprana de riesgos psicosociales. Algoritmos avanzados analizan patrones en comunicaciones internas (como correos electrónicos, mensajes en plataformas colaborativas o incluso el tono de voz en reuniones virtuales) para identificar señales de agotamiento emocional, como lenguaje negativo recurrente, incremento en horas de conexión fuera de horario o fluctuaciones abruptas en la participación. Estos sistemas generan alertas automatizadas para líderes de equipo o departamentos de recursos humanos, permitiendo intervenciones proactivas, como ajustes en la

carga laboral o derivaciones a programas de apoyo psicológico, antes de que los síntomas escalen a crisis de salud.

Además, emergen herramientas innovadoras como wearables biométricos (ej.: pulseras que miden variabilidad cardíaca o niveles de cortisol en sudor) para monitorear el estrés en tiempo real. Estos dispositivos, combinados con plataformas de retroalimentación personalizada, ofrecen a los empleados insights accionables (como pausas recomendadas o ejercicios de respiración) adaptados a sus patrones fisiológicos únicos. En sectores de alta presión, como el bancario, esta tecnología podría prevenir condiciones como la hipertensión o el síndrome del intestino irritable, vinculadas al estrés crónico.

Sin embargo, este futuro prometedor requiere abordar desafíos éticos y culturales. La recopilación de datos sensibles exige transparencia y consentimiento informado para evitar percepciones de vigilancia invasiva. Paralelamente, es esencial capacitar a los líderes en la interpretación humanizada de estos datos, evitando estigmatizar a quienes muestran señales de vulnerabilidad. El equilibrio entre innovación tecnológica y empatía será clave para construir entornos laborales donde la salud mental no sea un indicador más, sino el cimiento de culturas organizacionales resilientes y éticamente responsables.

### **Conclusión del Marco Teórico**

La somatización en el sector bancario emerge como un fenómeno complejo, arraigado en la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. El estrés crónico, derivado de metas laborales excesivas y ambientes altamente competitivos, desencadena respuestas fisiológicas como la liberación prolongada de cortisol, que deteriora sistemas inmunológicos y digestivos, mientras culturas organizacionales tóxicas (que premian el presentismo y estigmatizan la vulnerabilidad) canalizan el malestar emocional hacia manifestaciones físicas,

como cefaleas tensionales o trastornos gastrointestinales. Esta dinámica no solo compromete la salud individual, sino que genera costos ocultos para las instituciones, desde pérdidas por absentismo hasta disminución en la calidad del servicio al cliente.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se consolida como una herramienta clave para romper este ciclo, gracias a su capacidad para modificar patrones de pensamiento disfuncionales (ejemplo: autoexigencia patológica) y enseñar técnicas de regulación emocional. Sin embargo, su éxito en entornos bancarios depende de adaptaciones culturales sensibles. Por ejemplo, en Panamá, donde el estigma hacia la salud mental persiste, enmarcar la TCC dentro de programas de desarrollo profesional (con talleres sobre manejo del estrés o comunicación asertiva) aumenta la aceptación entre colaboradores reacios a abordar abiertamente su bienestar psicológico.

La innovación tecnológica amplía el alcance de estas intervenciones. Plataformas digitales de Mindfulness, aplicaciones de biofeedback para monitorear respuestas fisiológicas en tiempo real, o incluso inteligencia artificial que detecta señales de agotamiento en comunicaciones internas, están redefiniendo la prevención. Estas herramientas no solo ofrecen soluciones escalables, sino que generan datos valiosos para personalizar estrategias, como ajustar cargas de trabajo ante picos de estrés identificados o diseñar módulos de TCC enfocados en síntomas prevalentes en equipos específicos (ej.: insomnio en gerentes de ventas).

No obstante, la sostenibilidad de estos avances exige políticas organizacionales proactivas. Empresas líderes están integrando métricas de bienestar en sus indicadores de desempeño, vinculando, por ejemplo, bonificaciones a la participación en programas de resiliencia o estableciendo protocolos claros para la desconexión digital. En paralelo, la formación de líderes en habilidades

emocionales (como escucha activa o gestión de equipos bajo presión) está demostrando reducir la incidencia de conflictos interpersonales, un detonante común de síntomas somáticos.

El futuro de la salud mental laboral en el sector bancario yace en un enfoque holístico e integrador: combinar la precisión de la TCC con la inmediatez de las terapias digitales, respaldado por culturas organizacionales que prioricen el equilibrio entre resultados y bienestar. Esto implica transformar narrativas arraigadas (como equiparar el sacrificio extremo con el éxito) y adoptar modelos donde la productividad no se mida solo en cifras, sino en la capacidad de los colaboradores para innovar, colaborar y mantenerse saludables. Solo así la salud mental dejará de ser un costo oculto para convertirse en el pilar de una competitividad ética y sostenible.

## **CAPITULO III**

## CAPITULO III: MARCO METOLOGICO

### 3.1 Diseño de investigación y tipo de estudio

Esta investigación de enfoque cuantitativo siguiendo un **diseño** cuasi experimental, ya que guiados por los objetivos pretende examinar la variable independiente para observar los efectos o relación con la variable dependiente. En esta investigación se pretende colocar un pre test, aplicar el tratamiento y por último un pos test (Jain, 2023).

Según (Arispe, 2020) La recopilación de datos se realizó de manera transversal, es decir, en un único momento del tiempo, con el propósito de analizar y comprender las variables involucradas sin intervenir directamente en el entorno estudiado. Esta metodología permite evitar cualquier tipo de manipulación en la información obtenida, asegurando así la objetividad del análisis.

El **tipo de estudio** de esta investigación fue explicativo, que según (Arias, 2024) El propósito es analizar cómo influye la terapia cognitivo-conductual en la reducción de los síntomas psicosomáticos en un grupo de empleados pertenecientes a una entidad bancaria, así como observar las condiciones en las que dichos síntomas se manifiestan.

### 3.2 Población o Universo

La **población** del estudio lo integran los ejecutivos de ventas de una entidad bancaria. El mismo cuenta con un registro de 85 colaboradores.

Sujeto o grupo de estudio:

El grupo de estudio estuvo conformado por 33 personas (adultos- vendedores) entre los 19 y 32 años.

### **Tipo de muestra estadística**

La muestra de investigación a seleccionar, será una muestra “no probabilística”, escogida a “conveniencia”. La muestra será de 33 personas (adultos-vendedores) que laboran en el departamento de ventas de un banco privado en Panamá, debido a su disponibilidad para el estudio a realizar.

### 3.3 Variables

Variable dependiente: Síntomas psicossomáticos

Definición conceptual: De acuerdo con (Bueno, 2024) Los síntomas psicossomáticos se manifiestan a través de alteraciones físicas en el organismo, pero tienen su origen en factores de índole psicológica. Es decir, aunque el cuerpo presenta signos de enfermedad, el desencadenante principal está relacionado con procesos mentales o emocionales, los cuales desempeñan un papel central en el desarrollo del trastorno.

Definición operacional: se va a medir a través de la siguiente categoría:

- El test LSB-50, que incluye ocho escalas clínicas: psicorreactividad (que a su vez se divide en dos subescalas: hipersensibilidad y obsesión-compulsión), ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, sueño estricto, sueño ampliado y riesgo psicopatológico, así como dos escalas de validez (minimización y magnificación).

Variable independiente: Terapia cognitivo conductual

Definición Conceptual: Según (Turner, 2015) Este enfoque terapéutico se utiliza en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos y se centra en ayudar al paciente a identificar y transformar pensamientos, emociones, actitudes y respuestas físicas disfuncionales. El objetivo es reemplazarlas por patrones más saludables y adaptativos que le permitan enfrentar de manera más eficaz las dificultades que experimenta, especialmente en lo que respecta a los síntomas de tipo somático.

Definición operacional: se va a medir a través de la siguiente categoría:

- Programa de psicoterapia cognitivo conductual donde se les brinde las herramientas para manejar la intensidad de los síntomas somáticos durante ejercen sus labores como ejecutivos de ventas, durante 4 semanas con frecuencia 2 veces con duración de una hora con un total de 8 sesiones.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

Entre los criterios de inclusión del estudio, estarán los siguientes:

- Ejecutivos de ventas bancario.
- Ejecutivos de ventas que hayan brindado su aprobación a participar en el estudio a través del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

Entre los criterios de exclusión del estudio, estarán los siguientes:

- Ejecutivos que se ausenten.
- Ejecutivos de ventas con algún diagnóstico patológico.

3.4 Instrumentos, técnicas de recolección de datos y/o materiales.

En esta investigación se empleó para recopilar la información.

- El test LSB-50. Este comprende 50 ítems que corresponden a los síntomas psicológicos o psicosomáticos. Los autores de este test son Luis de Rivera y Manuel R. Abuin quienes validaron han desarrollado este cuestionario a partir de otros a medida de síntomas. Tiene dos escalas de validez que indican la minimización y la magnificación del síntoma.

### 3.5 Procedimiento

**Etapa 1:** Se elaboró la propuesta del proyecto de investigación y el consentimiento informado. También se preparó una solicitud para obtener los permisos necesarios para llevar a cabo la investigación dentro de la institución. El protocolo fue registrado en el sitio web de Investigación para la Salud del Ministerio de Salud (RESEGIS-MINSA) para su evaluación regulada y se asignó un número de registro correspondiente. Los datos de los colaboradores que participaron en la investigación se mantuvieron de acuerdo con la Ley 82, publicada el 26 de marzo de 2019 por el Ministerio de Salud de Panamá, que regula la fiabilidad y protección de datos en las investigaciones.

**Etapa 2:** Se solicitó el permiso al departamento de RRHH para seleccionar la muestra necesaria para el estudio. Se convocó a los participantes y se les dio la invitación formal hacer parte de esta investigación voluntariamente. Luego se les aplicó el Test LSB-50 la cual es el instrumento de medición a los síntomas psicosomáticos. A los colaboradores se les aplicó el programa de intervención terapéutica siendo esta 8 sesiones por 2 horas semanales de manera presencial. Después fueron evaluados para comprobar los efectos del programa desarrollado.

**Etapa 3:** Se tabuló el test de medición se llevó a cabo la interpretación de la información proporcionada por los participantes utilizando estadística descriptiva e inferencial. Se verificó la hipótesis de investigación, se respondieron los objetivos planteados y se abordó el problema de investigación. En consecuencia,

se elaboraron las conclusiones y recomendaciones pertinentes para respaldar el estudio en su totalidad.

## **CAPITULO IV**

## **CAPITULO IV: PROPUESTA DE INTERVENCION**

### **Programa para el manejo de los síntomas psicosomáticos y sus efectos en un grupo de vendedores de una entidad bancaria, desde una perspectiva psicológica.**

#### 4.1 Introducción

Regularmente, los colaboradores pueden enfrentar situaciones que desencadenen problemas y produzcan síntomas somáticos capaces de afectar su salud mental y física. Este programa de intervención ha sido diseñado para proporcionar a los participantes las herramientas necesarias para manejar los malestares físicos de manera efectiva y reducir los efectos negativos sobre su salud.

El programa se basa en la Terapia cognitivo conductual e incluye un componente educativo, abordando los niveles emocionales, conductuales y físicos del individuo.

Por lo tanto, este programa puede establecerse como una iniciativa oficial para implementar entre los empleados de la institución.

#### 4.2 Justificación

Este programa ha sido diseñado para proporcionar técnicas que ayuden a los trabajadores a reducir el impacto de situaciones laborales en su salud física y mental. La propuesta se centra en permitir que los funcionarios de ventas de una entidad bancaria gestionen de manera efectiva la sintomatología que enfrentan a diario.

## 4.3 Objetivos

### 4.3.1 Objetivo general:

1. Desarrollar estrategias para afrontar los síntomas psicósomáticos en un grupo de colaboradores de una entidad bancaria.

### 4.3.2 Objetivos específicos:

1. Diferenciar las diferentes técnicas que se logre adecuar al manejo de síntomas somáticos de un grupo de trabajadores en una entidad bancaria.
2. Aplicar técnicas y estrategias para el manejo del malestar psicósomático en un grupo de colaboradores de una entidad bancaria.

### 4.3.3 Beneficios

1. Adquisición de técnicas para enfrentar las sintomatologías que puedan surgir en el entorno laboral.
2. Fomenta la capacidad de generar alternativas para sus pensamientos y problemas.
3. Conoce formas para lograr un bienestar físico, psicológico y emocional.

## 4.4 Modelo de intervención

Se abordará desde una perspectiva cognitivo-conductual. Este enfoque sostiene que los síntomas surgen de un ciclo de múltiples factores y se perpetúan mediante la interacción de estos factores: somáticos, cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales. La terapia cognitivo-conductual se enfocará en identificar y modificar las cogniciones y comportamientos del paciente relacionados con sus síntomas. A continuación, exploraremos algunas de las técnicas empleadas:

La psicoeducación implica proporcionar al paciente información para que entienda lo que le está sucediendo. Esto incluye explicar los síntomas somáticos que experimenta, cómo se perpetúan, la relación entre la ansiedad y el dolor, y cómo la ansiedad puede actuar como un factor desencadenante o intensificador del dolor.

La reestructuración cognitiva es una técnica que implica identificar y reconocer las distorsiones cognitivas y los pensamientos irracionales recurrentes asociados con la experiencia del dolor, con el objetivo de discutirlos y modificarlos.

El objetivo es transformar estos pensamientos negativos acerca de nuestros síntomas y nuestra percepción del dolor en creencias más adaptativas y realistas, que generen una respuesta emocional positiva y promuevan comportamientos adecuados.

Aprender a relajar áreas específicas del cuerpo suele ser la técnica preferida, especialmente para quienes experimentan dolor intenso, con el fin de interrumpir el ciclo de tensión-dolor-tensión. Relajar la musculatura afecta de manera directa y específica los aspectos físicos de la sensación de dolor. Aprender a relajar áreas específicas del cuerpo es una técnica preferida, especialmente para quienes sufren de dolor intenso, ya que ayuda a interrumpir el ciclo de tensión-dolor-tensión. Relajar los músculos afecta directamente los aspectos físicos de la sensación de dolor.

#### 4.5 Componentes del programa y actividades-Talleres y sesiones

El programa para el manejo de los síntomas psicósomáticos y sus efectos en un grupo de vendedores de una entidad bancaria consistió en ocho sesiones grupales, de dos horas cada una, realizadas de manera presencial una vez a la

semana.

Cuadro 1 Sesiones Psicoeducativas, actividades y metas de la sesión.

Sesiones	Actividades	Objetivo
Sesión 1	Psicoeducación: Tema: Los síntomas psicósomáticos. Psicóloga . Yeliska Mela	Explicar el concepto de síntomas psicósomáticos, así como sus causas, manifestaciones y repercusiones.
Sesión 2	Técnicas de visualización, Meditación-Mindfulness Introducción al escáner corporal Psicóloga. Yeliska Mela	Identificar donde se reflejan los síntomas psicósomáticos en el cuerpo y poner plena atención en las áreas del cuerpo.
Sesión 3	Técnica CC Registro de pensamientos favorables. Psicóloga . Yeliska Mela	Describir pensamientos automáticos, creencias irracionales y distorsiones cognitivas.
Sesión 4	Técnica de resolución racional de problemas. Psicóloga Yeliska Mela	Definir el problema, generar alternativas, escoger solución y ponerlo en práctica.
Sesión 5	Escala de valores personales.	Identificar el valor de cada área para aspirar

	Psicóloga . Yeliska Mela	hacer mejor.
Sesión 6	Manejo de Emociones - Autorregulación emocional. Psicóloga Yeliska Mela	Identificar las emociones cotidianas que favorezcan la calma y la tranquilidad.
Sesión 7	Técnicas de inoculación del estrés, Respiración. Psic. Yeliska Mela	Reforzar las habilidades para afrontar el estrés.
Sesión 8	Meditación de bondad amorosa. Psicóloga Yeliska Mela	Lograr el bienestar físico, psicológico y emocional.

# **CAPITULO V**

## CAPITULO V: ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se analizan y exponen los resultados de la investigación, considerando la hipótesis, los objetivos y la pregunta de investigación. Este análisis se lleva a cabo siguiendo un enfoque cuantitativo.

Los resultados se ilustran mediante diversas tablas y gráficos. La evaluación se efectúa utilizando técnicas de estadística descriptiva e inferencial. Se aplicó el Test LSB-50 para muestras relacionadas.

Tabla 1 Análisis de fiabilidad Pretest

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,881	,883	50

En la tabla 1 se muestra un Alfa de Cronbach de 0.881, se puede concluir que el cuestionario tiene una alta fiabilidad y consistencia interna, sugiere que los ítems están relacionados entre sí y que los participantes respondieron de manera consistente.

Tabla 2 Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
E1	55,43	515,564	,008	.	,882
E2	56,17	507,109	,134	.	,882
E3	56,63	509,826	,107	.	,882
E4	56,10	503,472	,254	.	,880
E5	56,17	484,489	,493	.	,876
E6	55,03	510,792	,092	.	,882
E7	55,40	490,455	,420	.	,877
E8	56,00	488,828	,435	.	,877
E9	55,80	489,062	,468	.	,876
E10	56,80	496,234	,564	.	,877
E11	55,20	491,959	,387	.	,878
E12	56,13	492,533	,446	.	,877
E13	55,67	508,230	,088	.	,884
E14	56,07	494,961	,384	.	,878
E15	55,83	479,454	,602	.	,874
E16	56,03	491,344	,376	.	,878
E17	57,17	501,454	,435	.	,878
E18	56,73	485,168	,717	.	,874
E19	56,33	486,092	,524	.	,876
E20	56,43	492,254	,412	.	,877
E21	57,13	504,809	,295	.	,879
E22	56,70	491,528	,512	.	,876
E23	56,70	489,597	,520	.	,876
E24	56,13	486,464	,478	.	,876
E25	56,67	505,540	,149	.	,882
E26	56,47	508,533	,124	.	,882
E27	55,90	487,059	,512	.	,876

E28	56,67	507,747	,168	.	,881
E29	56,83	501,109	,287	.	,879
E30	56,40	493,766	,423	.	,877
E31	56,90	501,128	,372	.	,878
E32	56,50	509,845	,091	.	,882
E33	56,33	486,299	,475	.	,876
E34	56,90	501,334	,385	.	,878
E35	56,60	509,834	,094	.	,882
E36	56,13	480,257	,574	.	,874
E37	56,70	498,562	,301	.	,879
E38	57,13	511,568	,135	.	,881
E39	55,70	485,597	,456	.	,876
E40	56,77	499,082	,322	.	,879
E41	56,93	489,306	,574	.	,875
E42	57,07	513,513	,077	.	,881
E43	56,23	491,426	,417	.	,877
E44	56,73	498,340	,404	.	,878
E45	56,47	501,085	,219	.	,881
E46	56,90	501,266	,324	.	,879
E47	57,07	505,168	,283	.	,879
E48	57,07	516,961	-,025	.	,883
E49	54,93	487,099	,400	.	,878
E50	55,70	494,562	,319	.	,879

Tabla 3 estadística de fiabilidad Pos test

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,813	,843	50

Mediante la tabla 3 se puede analizar que, aunque el valor de confiabilidad ha disminuido en comparación con el anterior (0.813 frente a 0.881), sigue siendo suficientemente alto para considerar que los ítems son consistentes internamente. Un Alfa de Cronbach entre 0.8 y 0.9 generalmente se interpreta como una buena medida de fiabilidad en la mayoría de las escalas.

Tabla 4 Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
F1	33,10	152,576	,043	.	,818
F2	32,87	146,051	,313	.	,808
F3	34,27	151,168	,285	.	,810
F4	33,33	151,540	,100	.	,815
F5	33,97	147,482	,423	.	,806
F6	32,67	149,954	,093	.	,819
F7	32,37	147,964	,198	.	,813
F8	33,20	152,510	,092	.	,814
F9	33,43	144,599	,594	.	,802
F10	33,70	144,355	,419	.	,804
F11	32,70	155,045	-,049	.	,821
F12	33,40	142,179	,497	.	,801
F13	32,70	139,872	,356	.	,807
F14	33,43	145,909	,375	.	,806
F15	33,33	141,540	,579	.	,799
F16	33,60	150,800	,145	.	,813
F17	34,43	152,737	,342	.	,810
F18	34,37	151,137	,339	.	,809
F19	34,00	146,552	,480	.	,804
F20	34,23	148,392	,361	.	,807
F21	34,43	153,357	,161	.	,812
F22	34,03	146,309	,459	.	,804

F23	34,13	147,568	,523	.	,805
F24	34,17	150,557	,354	.	,808
F25	34,37	153,895	,109	.	,812
F26	34,33	151,954	,305	.	,810
F27	33,03	145,275	,317	.	,808
F28	34,27	151,444	,314	.	,809
F29	34,27	155,651	-,083	.	,815
F30	33,97	150,930	,263	.	,810
F31	34,17	154,489	,001	.	,815
F32	33,90	153,748	,063	.	,813

F33	33,90	147,197	,359	.	,807
F34	34,23	151,220	,270	.	,810
F35	34,27	149,995	,381	.	,808
F36	33,90	149,472	,429	.	,807
F37	34,20	152,097	,170	.	,811
F38	34,03	149,068	,260	.	,809
F39	33,70	152,010	,126	.	,813
F40	33,77	146,116	,348	.	,807
F41	34,27	153,168	,150	.	,812
F42	34,20	149,476	,461	.	,807
F43	33,73	147,857	,248	.	,810
F44	34,17	151,523	,205	.	,811
F45	34,17	152,351	,170	.	,811
F46	34,23	151,220	,161	.	,812
F47	34,40	153,903	,088	.	,813
F48	33,97	147,964	,317	.	,808
F49	33,27	140,754	,384	.	,805
F50	33,93	146,133	,439	.	,805

Tabla 5 Análisis descriptivo de Muestra Emparejada Pretest y Postest

Prueba de muestras emparejadas					
Diferencias emparejadas					
Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de confianza de diferencia	95% de intervalo de la	t
					gl

					Inferior	Superior			( b i l a t e r a l )
Par 1	Pretest - Postest	23,00000	23,57380	4,30397	14,19740	31,80260	5,344	29	< . 0 0 1
Par 2	Obsesion Compulsion Pretest - Obsesion Compulsion Postest	2,90000	6,12710	1,11865	,61210	5,18790	2,592	29	, 0 1 5
Par 3	Ansiedad Pretest - Ansiedad Postest	4,36667	4,41380	,80585	2,71853	6,01481	5,419	29	< . 0 0 1
Par 4	Hostilidad Pretest - Hostilidad Postest	2,36667	4,14798	,75731	,81779	3,91555	3,125	29	, 0 0 4

Par 5	Depresion Pretest – Depresion Postest	4,50000	5,44407	,99395	2,46715	6,53285	4,527	29	<
Par 6	Poblemas del Sueño Pretest – Poblemas del Sueño Postest	,53333	4,43912	,81047	-1,12426	2,19093	,658	29	,516
Par 7	Poblemas del Sueño Ampliado Pretest – Poblemas del Sueño Ampliado Postest	2,30000	5,48446	1,00132	,25207	4,34793	2,297	29	,029

Mediante la tabla 5 podemos observar que las variables Obsesión-Compulsión, Ansiedad, Hostilidad, Depresión y Sueño Ampliado muestran diferencias significativas entre pretest y postest, lo que sugiere que la intervención afectó significativamente estas dimensiones. Sin embargo, en la variable “Problemas del Sueño”, no se observa un cambio significativo.

Tabla 6 Resultado pretest- pos test sobre los indicadores que genera la presión laboral.

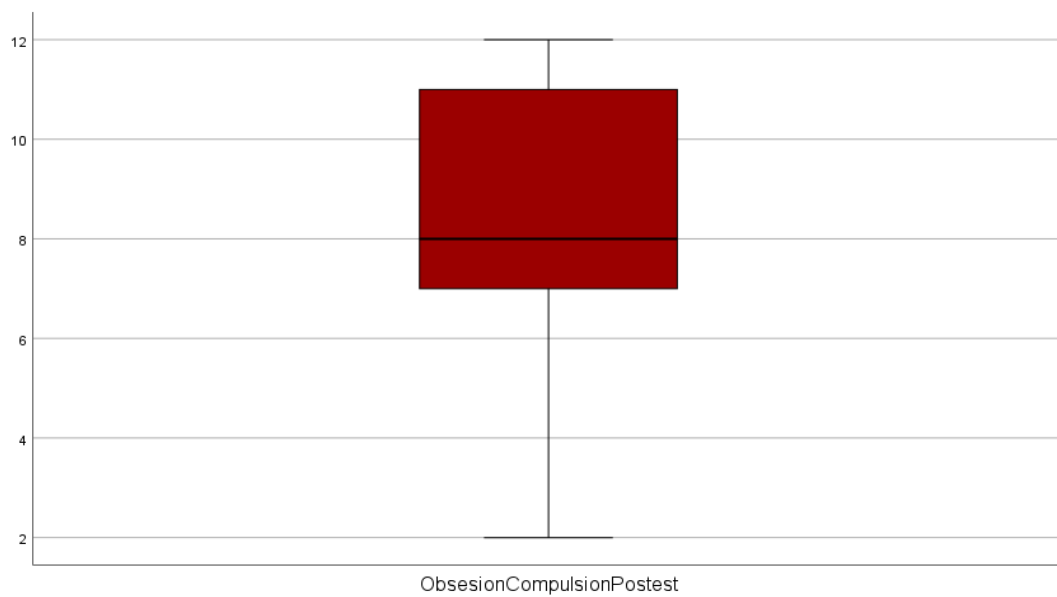
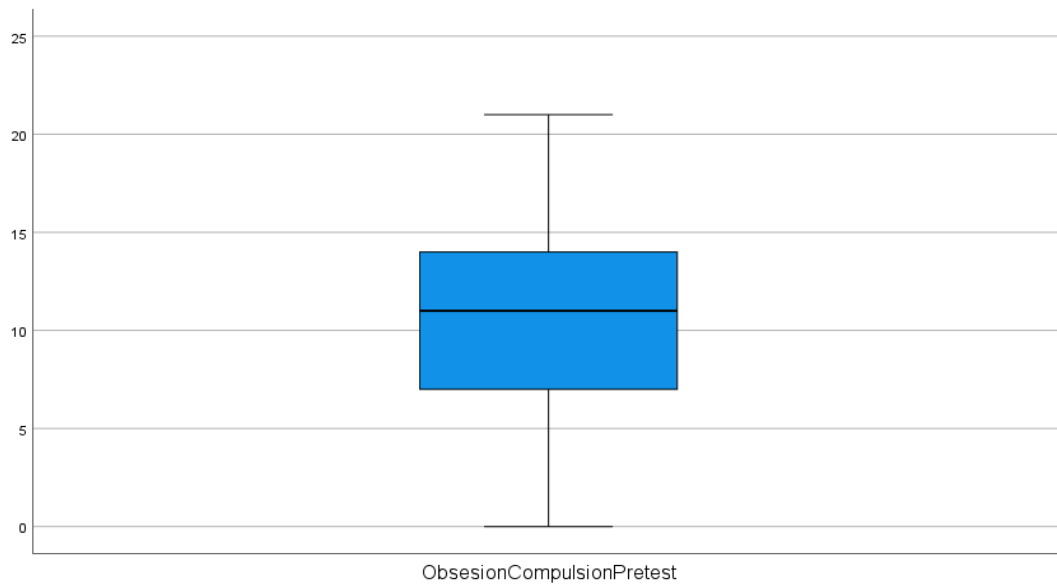
**Estadísticas de muestras emparejadas**

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1 Pretest	57,5000	30	22,73346	4,15054
Postest	34,5000	30	12,44782	2,27265

Par 2	Obsesión	Compulsión	10,8667	30	5,46925	,99854
	Pretest					
	Obsesión	Compulsión	7,9667	30	3,07922	,56219
	Postest					
Par 3	Ansiedad		8,2333	30	4,63631	,84647
	Pretest					
	Ansiedad		3,8667	30	2,82517	,51580
	Postest					
Par 4	Hostilidad		5,1333	30	3,89282	,71073
	Pretest					
	Hostilidad		2,7667	30	2,01175	,36729
	Postest					
Par 5	Depresión		10,8333	30	5,11983	,93475
	Pretest					
	Depresión		6,3333	30	3,27302	,59757
	Postest					
Par 6	Problemas	del Sueño	4,8667	30	3,00268	,54821
	Pretest					
	Problemas	del Sueño	4,3333	30	2,92826	,53462
	Postest					
Par 7	Problemas	del Sueño	9,4000	30	4,76047	,86914
	Ampliado	Pretest				
	Problemas	del Sueño	7,1000	30	3,79973	,69373
	Ampliado	Postest				

En general (Tabla 6), se observa una disminución significativa en las medias en la mayoría de las variables (especialmente en Ansiedad, Hostilidad, Depresión y Sueño Ampliado), lo que indica que la terapia Cognitivo Conductual tuvo un impacto positivo en las áreas clínicas evaluadas. Las reducciones en la desviación estándar en varias variables también sugieren una menor variabilidad en las respuestas, indicando que los participantes muestran más consistencia en el postest. La excepción son los problemas de sueño, donde no se observa una mejora significativa.

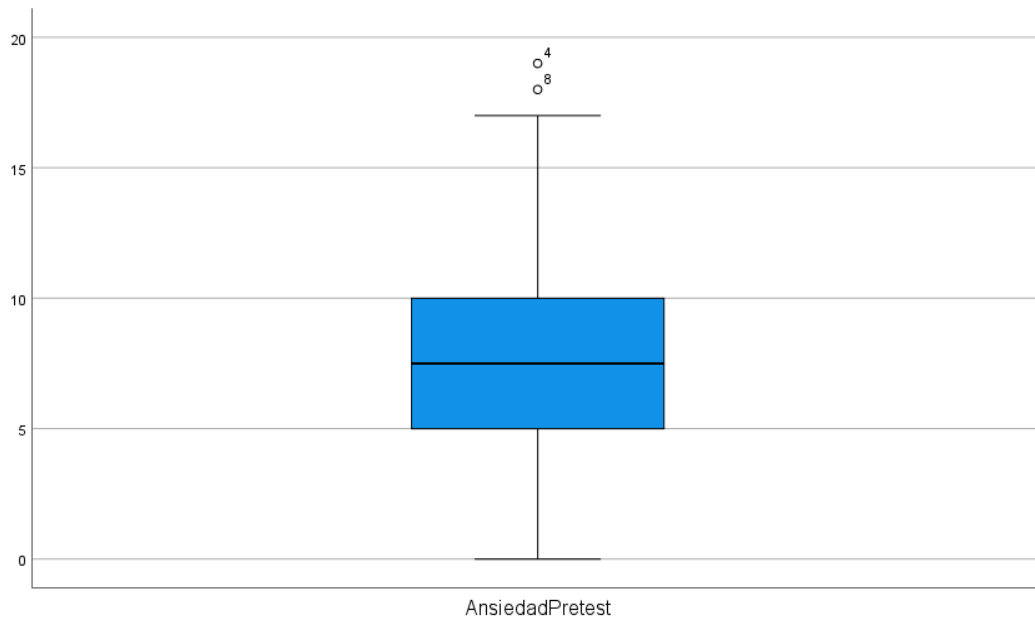
Gráfico 1 Diagrama de caja de la obsesión compulsión pretest y postest

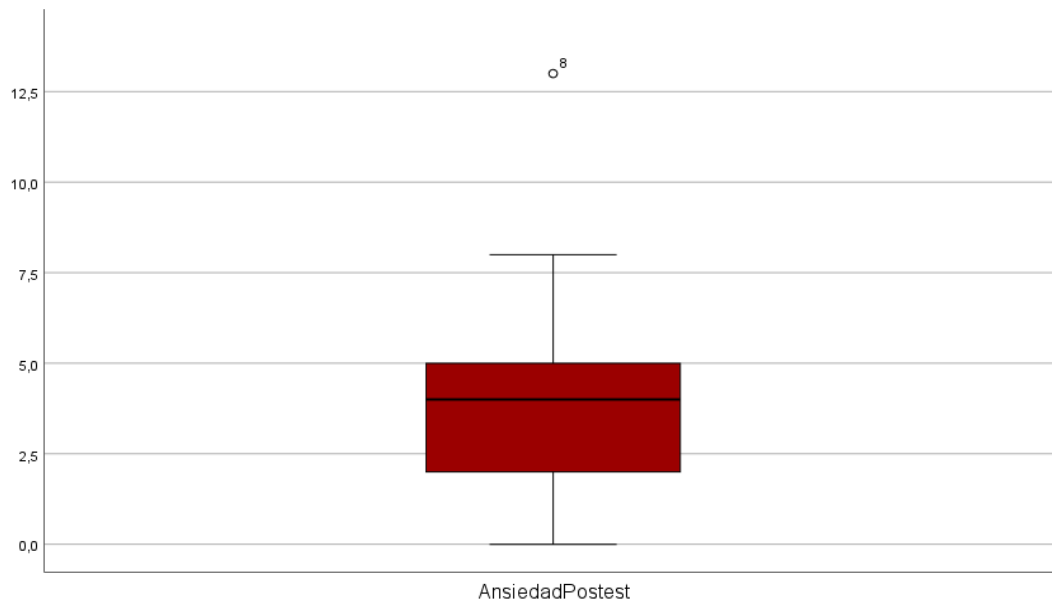


Mediante la gráfica 1 se muestra que la intervención parece haber reducido tanto la media como la variabilidad de los puntajes. Los datos post-intervención son más homogéneos y están más concentrados, con una disminución en los puntajes máximos y mínimos, lo que puede indicar que la intervención de la terapia

cognitivo conductual fue efectiva en reducir la dispersión y disminuir los síntomas, posiblemente acercando a los participantes a un nivel más uniforme. Además, el cambio en la asimetría sugiere que la distribución de los puntajes se transformó de una con más participantes obteniendo puntajes bajos y algunos pocos puntajes muy altos (pretest), a una distribución más equilibrada, pero con una tendencia inversa (postest). Ambos gráficos reflejan claramente los cambios observados en los estadísticos descriptivos, apoyando la idea de una intervención efectiva que afectó tanto el nivel general como la variabilidad de los puntajes.

Gráfico 2 Diagrama de caja de la ansiedad pretest y postest





Mediante la gráfica 2 se puede observar una reducción significativa en la mediana y en el rango de los datos, lo que sugiere que el programa de intervención basado en la terapia Cognitivo Conductual tuvo un efecto positivo en la disminución de la ansiedad. La dispersión de los datos también ha disminuido, lo que indica que no solo los niveles promedio de ansiedad son menores, sino que también la variabilidad entre los participantes se ha reducido. Aunque algunos participantes aún presentan niveles más altos de ansiedad después del tratamiento, son menos extremos que antes. Este análisis sugiere que el tratamiento o intervención fue efectivo en reducir los niveles generales de ansiedad, aunque algunos casos particulares requieren más atención

Gráfico 3 Diagrama de caja de la hostilidad posttest

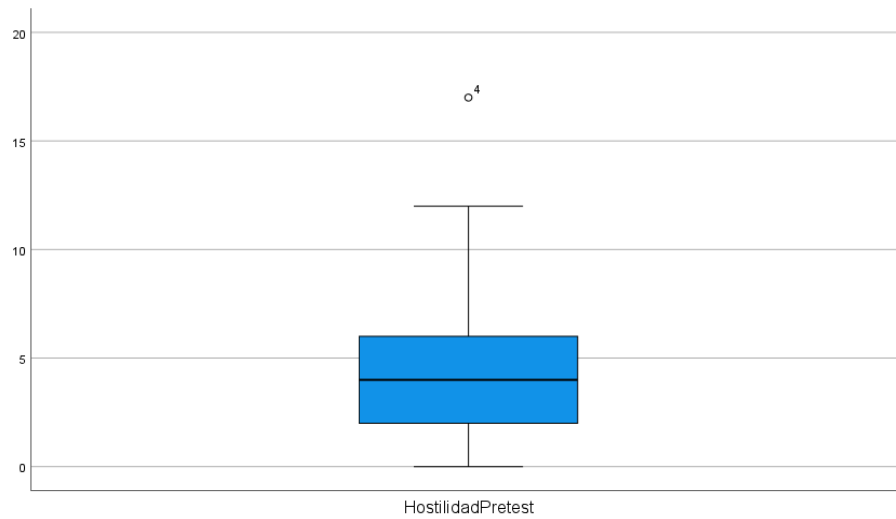
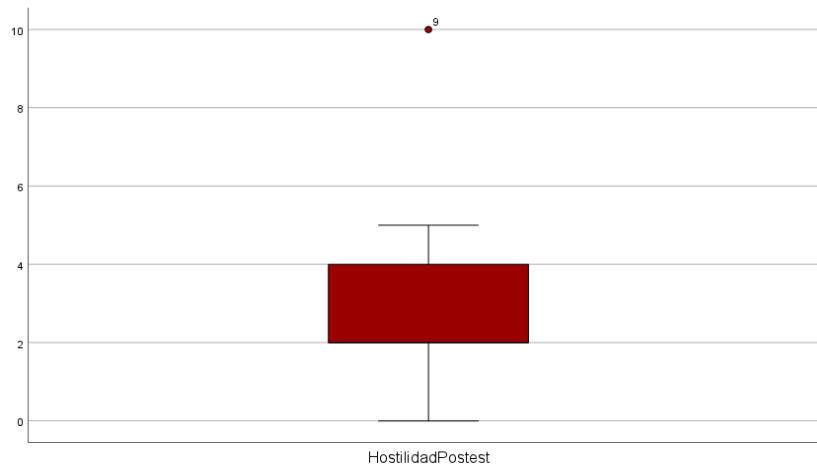


Gráfico 4 Diagrama de caja de la hostilidad posttest



En referencia a la gráfica 3 nos indica que los valores centrales (la mediana y los

cuartiles) disminuyen del pretest al posttest, lo que indica una reducción en los niveles de hostilidad. En el pretest, los valores atípicos son más altos (en 16) que en el posttest (en 10), lo que podría sugerir que algunos individuos experimentaron una reducción significativa en los niveles de hostilidad después de la intervención. En definitiva, los niveles de hostilidad disminuyen en la mayoría de los casos después del programa de intervención basado en la terapia Cognitivo Conductual, lo que sugiere que hubo una mejora general, sin embargo, sigue habiendo algunos casos con niveles relativamente altos.

Gráfico 5 Diagrama de caja de la depresión pretest

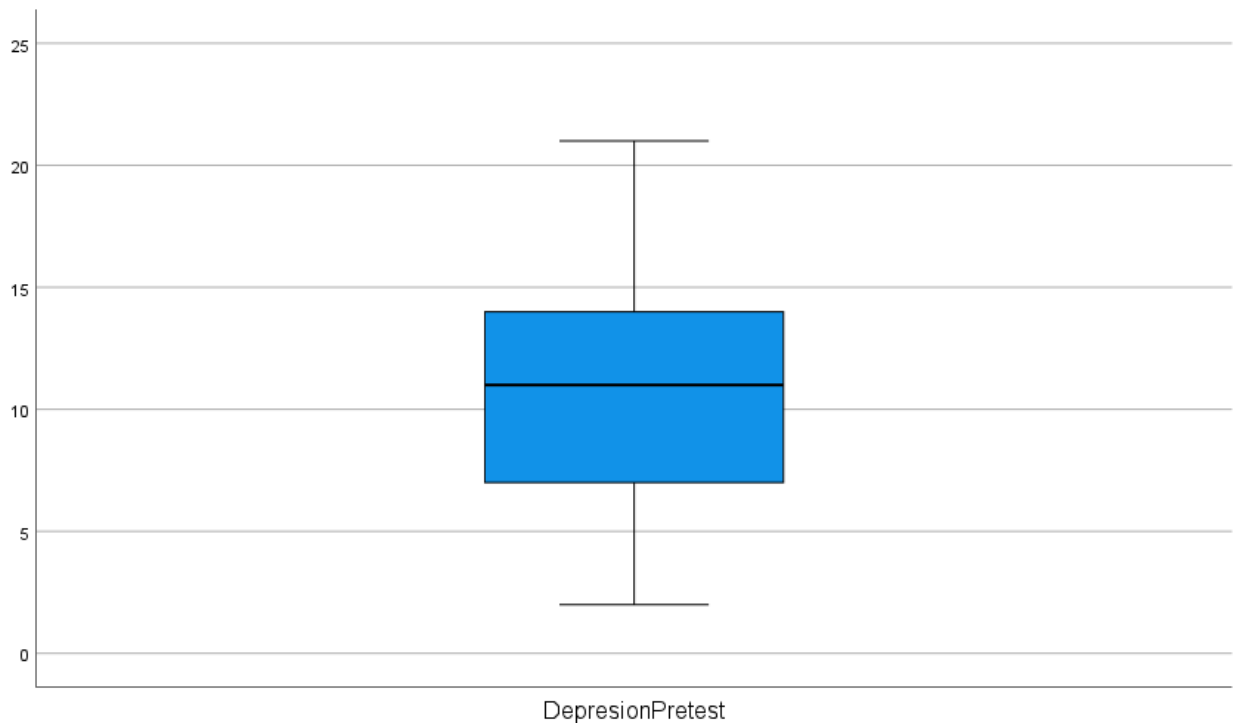
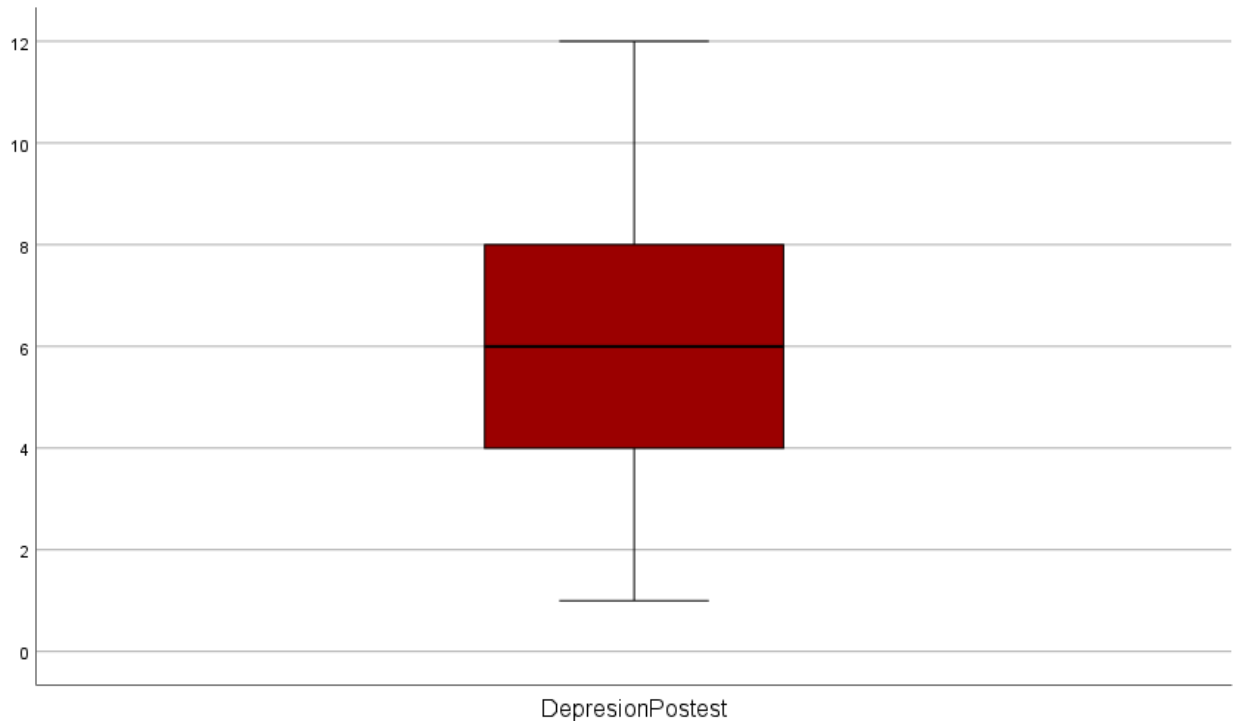


Gráfico 6 Diagrama de caja de la depresión posttest



Con respecto a la gráfica 4 se evidencia una reducción notable en la mediana de los valores de depresión después del test (de aproximadamente 10 a 6). También se observa una reducción en la dispersión de los datos, lo que indica que los valores de depresión están más concentrados y con menor variabilidad tras el posttest. La reducción en los valores mínimos y máximos también podría sugerir que los niveles de depresión disminuyeron en general después del programa de intervención basado en la terapia Cognitivo Conductual. En resumen, los diagramas sugieren una mejoría en los niveles de depresión después de la intervención, con una disminución en la mediana y la variabilidad de los datos.

Gráfico 7 Diagrama de caja del sueño ampliado pretest

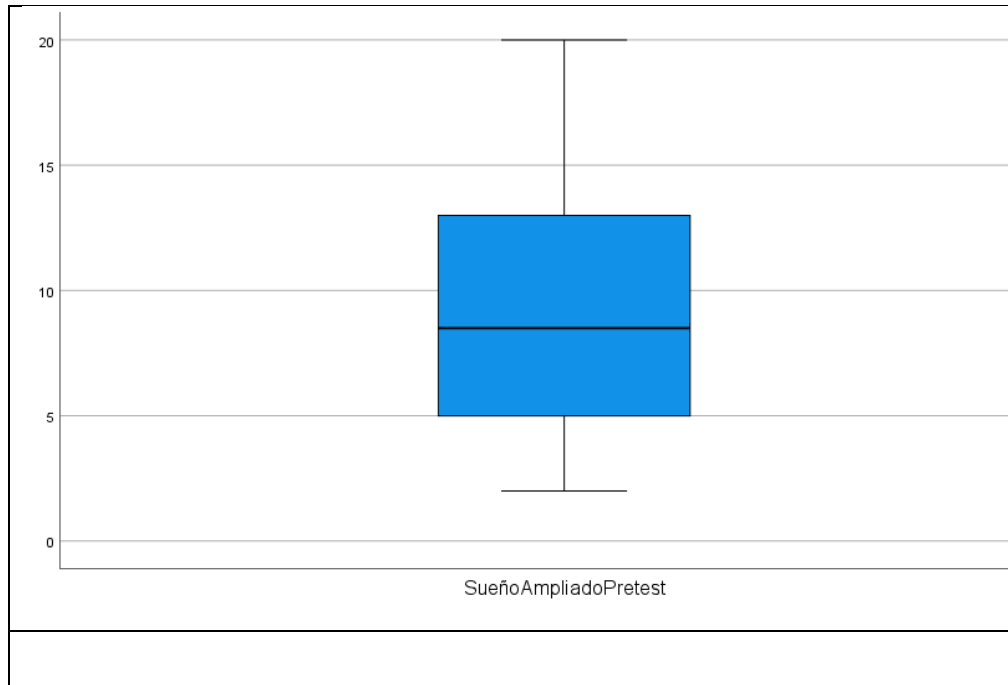
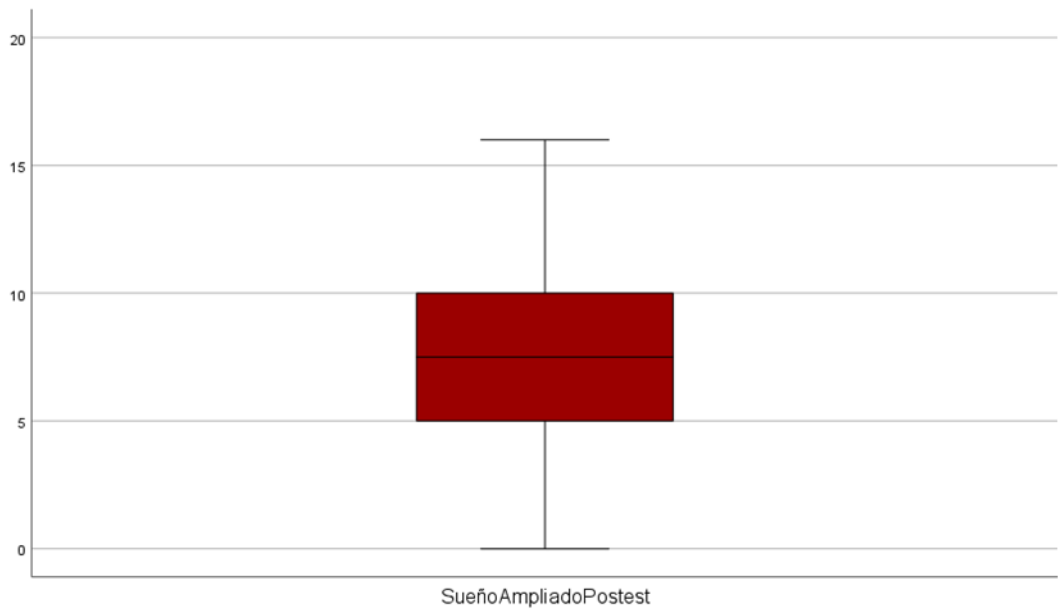


Gráfico 8 Diagrama de caja del sueño ampliado postest



Mediante la gráfica 6, demuestra que entre ambos gráficos se evidencia que el nivel de sueño ampliado disminuyó en el posttest en comparación con el pretest, y la distribución de los datos es más estrecha en el posttest, lo que sugiere una disminución generalizada en la variabilidad de este indicador. Esto podría indicar que la intervención fue efectiva en reducir los niveles de sueño ampliado en los participantes.

## CONCLUSIONES

En esta investigación se verificó la hipótesis de investigación planteada (Hi), encontrando que la misma es confiable con puntuaciones significativas (ver Tabla 5) en las puntuaciones de los síntomas somáticos antes y después de la intervención basada en la Terapia Cognitivo Conductual.

Tabla 7 Prueba de muestras emparejadas

	Prueba de muestras emparejadas							
	Diferencias emparejadas							
	Media	Desviación estándar	error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Par 1 Pretest - Posttest	23,00000	23,57380	4,30397	14,19740	31,80260	5,344	29	< .001

En cuanto al objetivo principal de la investigación, se concluye que en todas las dimensiones analizadas dentro del grupo de colaboradores se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que evidencia la efectividad del programa implementado. La terapia cognitivo-conductual aplicada a este grupo de trabajadores del banco ha tenido un impacto favorable, logrando reducir de manera notable los síntomas psicossomáticos en las áreas de obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, depresión y dificultades relacionadas con el sueño. (Tabla 6).

Los resultados sugieren que la intervención fue efectiva, y que los participantes lograron una mejoría en sus síntomas psicológicos y físicos, lo que a su vez puede haber contribuido a un mejor desempeño laboral y bienestar general. Por lo tanto, se puede concluir que el objetivo general de analizar los efectos del programa de

intervención ha sido cumplido, con evidencia clara de los efectos beneficiosos de la terapia cognitivo-conductual en la reducción de los síntomas psicósomáticos en el grupo estudiado.

En respuesta a nuestro primer objetivo sobre el grado de afectación de los colaboradores debido a la presión laboral se pudo determinar mediante los datos de pretest sugieren un nivel elevado de afectación en los colaboradores de la entidad bancaria, principalmente en los aspectos de obsesión-compulsión, depresión y calidad del sueño. La presión laboral parece estar afectando tanto la salud mental como la calidad del descanso de los empleados. Los puntajes elevados en depresión (gráfica 4) y obsesión-compulsión son los más preocupantes, ya que pueden conducir a un deterioro significativo en la calidad de vida y desempeño laboral. Este análisis resalta la necesidad de intervenir para reducir la presión laboral y mejorar el bienestar de los empleados, enfocándose especialmente en la salud mental y el manejo del estrés.

La obsesión-compulsión es un indicador clave del impacto de la presión laboral, ya que la naturaleza repetitiva de las tareas bancarias puede incrementar comportamientos obsesivos y ritualistas en los empleados, indica que una proporción significativa de los colaboradores experimenta pensamientos intrusivos o conductas repetitivas, posiblemente como una estrategia de afrontamiento frente a la presión laboral (Gráfica 1).

El nivel de depresión es alto y puede deberse a la sensación de estar abrumados por el trabajo, la falta de control sobre las situaciones laborales o un ambiente laboral que no ofrece suficientes momentos de descanso. Este resultado es preocupante, ya que podría estar relacionado con agotamiento emocional o sensación de desesperanza frente a la carga de trabajo. Por último, se ve afectado el ciclo del sueño en los empleados, esto podría estar relacionado con la tendencia

de los colaboradores a dormir en exceso o tener horarios de sueño irregulares debido a la fatiga acumulada por la presión laboral. El sueño ampliado puede ser un indicador de agotamiento físico y mental (Gráfica 5).

En respuesta al objetivo 2 se determina que el nivel de ansiedad refleja una afectación moderada en los colaboradores de la entidad bancaria debido a la presión laboral (gráfica 2). Aunque no es un nivel de ansiedad extremo, su persistencia puede impactar negativamente tanto en la salud mental de los empleados como en su desempeño laboral. Este tipo de entorno genera un estrés continuo que puede desencadenar o agravar los niveles de ansiedad, especialmente si los empleados no cuentan con suficientes recursos para manejar estas exigencias (como apoyo emocional, descansos o espacios de relajación). En necesario subraya la importancia de implementar estrategias para reducir el estrés y la ansiedad en el ambiente de trabajo, como proporcionar apoyo psicológico, fomentar un ambiente laboral más equilibrado y permitir pausas para el descanso y la recuperación.

En respuesta al último objetivo sobre validar un programa psicoterapéutico dirigido a técnicas para manejar los síntomas psicósomáticos, se pudo determinar que el programa de intervención refleja una mejora significativa en los resultados después de la intervención (Tabla 6), con una reducción tanto en los niveles promedio de afectación como en la dispersión de los resultados. Estas mejoras son consistentes con el enfoque y las actividades de las 8 sesiones del plan de intervención, que estaban diseñadas para abordar las fuentes de ansiedad, obsesión-compulsión, hostilidad, depresión, sueño estricto y sueño ampliado de manera integral, utilizando estrategias cognitivo-conductuales, mindfulness y técnicas de manejo emocional. Por otro lado, se destaca que la menor variabilidad y la concentración de puntajes más bajos en el Posttest sugieren que el programa

no solo fue eficaz para reducir los síntomas, sino también para lograr mejoras estables y generalizadas entre los colaboradores.

### **LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACION**

- Se recomienda que la entidad bancaria implemente un programa para el manejo de síntomas somáticos, con una duración de 12 a 16 sesiones, para lograr efectos más sostenibles en los empleados.
- Es fundamental establecer un programa de seguimiento para el grupo de vendedores que participó en esta investigación.
- Asimismo, se sugiere llevar a cabo una evaluación y diagnóstico anuales del nivel de síntomas corporales de los empleados para prevenir o disminuir riesgos psicosociales laborales.
- Algunas limitaciones para esta investigación fue la complejidad que mantiene el mismo departamento de ventas en cuanto la dinámica de lograr el objetivo mensual.
- El constante cambio de personal y el poder reunir el grupo correspondiente a la muestra que pudiera permanecer en el pretest, programa de intervención y postest ocasionaron que no permitió concluir la investigación dentro del plazo previsto.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS E INFOGRAFÍA**

A, P. L. (2014). Abordaje de los trastornos psicosomáticos. Medicina general y la familia, 1.

Alonso, D. J. (4 de 5 de 2021). Topdoctor. Obtenido de <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/que-son-los-trastornos-de-sintomas-somaticos>

Arias. (12 de 7 de 2024). Ecnmipedia. Obtenido de <https://economipedia.com/definiciones/investigacion->

explicativa.html#google\_vignette

- Arispe, D. C. (2020). La investigación científica. Ecuador: Departamento de investigación y postgrado, Universidad Internacional de Ecuador.
- Arreola. (2021). Instituto de psicoterapia y salud mental. Obtenido de <https://ipsipsicologia.com/principios-basicos-de-la-terapia-cognitivo-conductual/>
- Atlas ti. (s.f.). Stewart. Obtenido de <https://atlasti.com/es/research-hub/objetivos-investigacion>
- beaconhealthsystem. (20 de 11 de 2018). Obtenido de [https://www.beaconhealthsystem.org/es/libreria/diseases-and-conditions/trastorno-de-sintomas-somaticos?content\\_id=CON-20377759](https://www.beaconhealthsystem.org/es/libreria/diseases-and-conditions/trastorno-de-sintomas-somaticos?content_id=CON-20377759)
- Berger, F. K. (2 de 10 de 2023). medlineplus. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000955.htm#:~:text=El%20trastorno%20de%20s%C3%ADntomas%20som%C3%A1ticos,actividades%20de%20su%20vida%20diaria.>
- BERNAL. (27 de 9 de 2016). Prezi. Obtenido de <https://prezi.com/njmmukr11gta/principios-de-la-terapia-cognitiva/>
- Bueno. (21 de 6 de 2024). topdoctors. Obtenido de <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/trastorno-psicosomatico>
- Cáceres. (19 de 4 de 2021). ¿Cómo afecta la salud mental a la productividad laboral y a la calidad de vida? Obtenido de <https://www.vozprosaludmental.org.mx/post/c%C3%B3mo-afecta-la-salud-mental-a-la-productividad-laboral-y-a-la-calidad-de-vida>
- Chacón. (2017). sciencedirect. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717303475>
- Chavarria . (s.f.). JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. Obtenido de <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25566w/Justificacion.pdf>
- Curto. (5 de 8 de 2021). almudenacurto. Obtenido de <https://www.almudenacurto.com/fases-terapia-cognitivo-conductual/>

Definición de. (s.f.). Problemas de investigación. Obtenido de <https://definicion.de/problemas-de-investigacion/>

d'Hebron. (11 de 9 de 2022). Hospita Vallhebron. Obtenido de <https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/enfermedades/trastorno-de-somatizacion#2>

Dimsdale. (2022). Manual MSD. En J. E. Dimsdale. University of California, San Diego.

Dugdale, D. C. (2 de 10 de 2023). medlineplus. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000955.htm>

Fabrellas, M. G. (2023). Salud mental y trastornos psiquiátricos en el ámbito laboral: Prevalencia, factores de riesgo, pautas de detección y prevención. *revistamedicojuridica*, 1.

Fenn, K. (2 de 8 de 2024). helpguide. Obtenido de <https://www.helpguide.org/es/ansiedad/terapia-cognitivo-conductual-tcc-para-la-salud-mental>

Fuente, D. I. (2014). Abordaje de los trastornos psicósomáticos. *medicina general y la familia*, 1.

Gamboa. (17 de 8 de 2020). La somatización: cuando la mente enferma al cuerpo. *La prensa*, pág. 1.

Guerra, F. C. (11 de 6 de 2023). medium. Obtenido de <https://medium.com/@francisco.castr/qu%C3%A9-es-la-terapia-cognitivo-conductual-y-cu%C3%A1l-es-su-origen-6d7e01c49177>

Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1.

Herskovica, V. (2020). Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES*, 3.

Iglesias, E. B. (27 de 11 de 2017). Instituto Salamanca. Obtenido de <https://institutosalamanca.com/blog/terapia-cognitivo-conductual-antecedentes-y-caracteristicas>

Jain, N. (7 de 7 de 2023). Ideascale. Obtenido de <https://ideascale.com/es/blogs/disenio-de-investigacion-cuantitativa/>

Jiménez, M. (2018). elpradopsicologos. Obtenido de <https://www.elpradopsicologos.es/psicosomatico/>

Jones, K. B. (6 de 2023). familydoctor. Obtenido de <https://es.familydoctor.org/condicion/trastornos-somatormfos-es/>

Kahn, A. (21 de 4 de 2022). understood. Obtenido de <https://www.understood.org/es-mx/articles/faqs-about-cognitive-behavioral-therapy>

Mallol. (2021). somosestupendas. Obtenido de <https://somosestupendas.com/trastorno-sintomas-somaticos/>

Maset, J. (1 de 6 de 2015). Cinfasalud, médico de Cinfa. Obtenido de <https://cinfasalud.cinfa.com/p/estres-laboral/>

mental, S. (17 de 8 de 2023). mypsychiatrist. Obtenido de <https://mypsychiatrist.com/es/blog/what-cbt-stands-for-and-how-can-it-help/>

Montealegre, C. G. (2022). Caso Clínico Sobre un Paciente. Madrid.

Muñoz, D. C. (19 de 11 de 2016). fundacionclinicadelafamilia. Obtenido de <https://www.fundacionclinicadelafamilia.org/los-sintomas-somaticos-y-los-trastornos-emocionales-asociados/>

Neuroscenter. (6 de agosto de 2023). Obtenido de <https://neuroscenter.com/blog/la-somatizacion/>

Oliveras, M. (12 de 8 de 2015). topdoctors. Obtenido de <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/estres-laboral>

Orzechowska, Á. (19 de 4 de 2021). mdpi. Obtenido de <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/14/3159>

Perez, Z. (2017). Zury Perez. Obtenido de <https://zuriperez.com/tecnicas/terapia-cognitivo-conductual/>

Pozo, A. (1 de 8 de 2024). adipa. Obtenido de <https://adipa.cl/noticias/terapia->

cognitiva-conductual/

- Ricardo, T. (2015). Cognitiva Panama. Obtenido de <http://cognitivapanama.com/>
- Rodríguez, R. (30 de 5 de 2019). Psiquion. Obtenido de <https://www.psiquion.com/blog/trastorno-sintomas-somaticos>
- Roldán, G. F. (23 de 6 de 2023). neurocenter. Obtenido de <https://neurocenter.mx/sintomas-somaticos/>
- Sabater., V. (10 de 6 de 2023). lamenteesmaravillosa. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/13-tecnicas-de-la-terapia-cognitivo-conductual/>
- Salter, T. (11 de 2018). mayoclinic. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/somatic-symptom-disorder/symptoms-causes/syc-20377776>
- salud, C. d. (2021). ¿Qué son las técnicas cognitivo conductuales? La universidad en internet , 1.
- Sanchez, A. (15 de 5 de 2023). Canvis. Obtenido de <https://www.canvis.es/la-somatizacion-y-el-trastorno-por-sintomas-somaticos/>
- Sandhya, P. (20 de 11 de 2018). Mayo clinic. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/somatic-symptom-disorder/diagnosis-treatment/drc-20377781>
- Sorribes, F. (2019). institutret. Obtenido de <https://institutret.com/enfermedad-psicosomatica/>
- Teixeira, P. T. (2021). La terapia cognitivo-conductual y su relevancia en el proceso terapéutico. Revista científica multidisciplinar nucleo del conocimiento, 1.
- Torales, J. (2018). Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. unibe, 10.
- Torres. (13 de 3 de 2017). Gobierno Mexicano. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-que-es-el-trastorno-de-somatizacion#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%202014%20de%20cada>

,alguna%20vez%20en%20su%20vida.&text=Quienes%20padecen%20e  
sta%20patolog%C3%ADa%20tienen,no%20le%20han%20diagnosticado  
%20correctamente

Torres, A. (14 de 11 de 2015). Terapia Cognitivo-Conductual: ¿qué es y en qué principios se basa? Obtenido de <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitivo-conductual>

Torres, D. (3 de FEBRERO de 2023). linkedin. Obtenido de <https://www.linkedin.com/pulse/alta-rotaci%C3%B3n-de-personal-causas-consecuencias-y-aivaras-zvinklys/>

Turner. (2015). cognitivapanama. Obtenido de <http://cognitivapanama.com/>

Vanessa. (1 de 8 de 2024). ADIPA. Obtenido de <https://adipa.cl/noticias/terapia-cognitiva-conductual/>

Velasco. (2016). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Revista Española de Salud Pública, 1.

Zamorano. (s.f.). La hipótesis en la investigación. Obtenido de <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa4/n1/m9.html>

# **ANEXOS**

# **ANEXO N°1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## Formulario de Consentimiento Informado

**Título de Protocolo:** Efectos de la terapia cognitivo conductual en los síntomas psicosomáticos del departamento de ventas bancario.

**Investigadora Principal:** Yeliska Y. Mela Aizprua

**Lugar del estudio:** St Georges Bank

### **Información que debe conocer antes de aceptar participar en el estudio**

Estamos invitándolo a participar en un estudio de investigación. La participación en estos estudios es voluntaria y solo aquellos que eligen unirse forman parte. Este documento es un consentimiento informado. Por favor, lea detenidamente la información y tómese su tiempo para decidir si desea participar. No dude en solicitar a la persona responsable del estudio que le explique cualquier parte del documento que no comprenda completamente. A continuación, se detallan la naturaleza del estudio, sus objetivos, beneficios y otra información relevante.

Este estudio se está llevando a cabo como parte de una tesis de investigación para obtener el título de Magíster en Psicología Clínica y Psicoterapia Integrativa en la Universidad Especializada de las Américas (UDELAS). La investigación está dirigida por la estudiante e investigadora principal, Yeliska Y. Mela Aizprua, quien actualmente cursa el posgrado en Psicología Clínica y Psicoterapia Integrativa. Ella contará con la asesoría de su profesor guía de tesis en la misma universidad.

El interés de este estudio radicará en ejecutivos de ventas del St Georges Bank, para manejar los síntomas psicosomáticos en un grupo de adultos que laboran en esta división.

Este estudio cumple con la certificación de Buenas Prácticas Clínicas y se rige a

leyes éticas de investigación.

## **Objetivos del Estudio**

### **Objetivo General**

- Orientar a los ejecutivos de ventas a manejar los síntomas psicosomáticos por medio de la Psicoterapia cognitivo conductual.

### **Objetivos Específicos**

- Conocer los síntomas somáticos que prevalecen en el grupo de ventas que se genera por la presión laboral.
- Evaluar el modo que la presión laboral genera hipersensibilidad, obsesión, compulsión, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, sueño estricto, sueño ampliado y riesgo psicopatológico en los ejecutivos en su rendimiento.
- Elaborar un programa psicoeducativo dirigido a técnicas para manejar los síntomas psicosomáticos en los ejecutivos de ventas bancarios.

### **Procedimientos del Estudio:**

Si usted forma parte en este estudio, se le solicitará lo siguiente:

- Se le realizará una entrevista general, evaluación y aplicación de pruebas psicológicas validadas, para medir los síntomas psicosomáticos.
- Se realizará una retroalimentación de manera confidencial, sobre los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas.

**Número Total de participantes:** 33 colaboradores del departamento de ventas de un banco de la localidad.

**Beneficios:** Se propondrá un programa psicoeducativo para manejar los síntomas psicosomáticos por la presión laboral.

**Riesgos:** Este estudio se considera de riesgo mínimo, lo que implica que los

riesgos asociados son los mismos que se encuentran en la vida diaria y no hay riesgos adicionales para los participantes.

**Compensación:** no tiene

**Privacidad y Confidencialidad:** Se mantendrán sus respuestas a los instrumentos psicológicos utilizados de manera confidencial.

- Nadie tendrá permitido, excepto sólo la investigadora principal ver los datos del participante.
- Todos los datos recogidos, serán objeto de investigación
- Cuando se discutan los resultados de la investigación, no se incluirá ninguna información que pueda identificarle. Si en algún momento desea obtener información sobre el proyecto, la investigadora estará disponible para proporcionársela.

**Participación voluntaria/retiro:** Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. No debe sentir ninguna presión para unirse al estudio. Su decisión de participar o no tendrá ningún impacto en su relación con los miembros del departamento de ventas. Si decide participar y luego cambia de opinión, puede retirarse en cualquier momento o dejar de responder cualquier pregunta de la encuesta sin sufrir ninguna penalización.

**Usted puede obtener las respuestas a sus preguntas, preocupaciones y quejas:**

Si durante el transcurso de la investigación, al realizar pruebas psicológicas o después de ellas, tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con la investigadora principal del proyecto: Yeliska Y. Mela Aizprua al teléfono: 6767-8751 o al correo electrónico: melayeliska@gmail.com

Consentimiento para Participar en el Estudio de Investigación

Si desea participar en este estudio, favor firme el formulario

---

Firma del participante del estudio  
Principal

---

Firma de la Investigadora

# **ANEXO N° 2**

**REGISTRO DE PROYECTO EN REGESIS-MINSA**



Enhorabuena!!! El proyecto ha sido creado correctamente.

Se creó un nuevo proyecto intitulado **Efectos de la terapia cognitivo conductual en los síntomas psicósomáticos en un grupo de colaboradores de una entidad bancaria**, en el sistema RESEGIS, el día **05-08-2024**.

La unidad de regulación de investigación procederá a la verificación del cumplimiento de los requisitos, según establecido en la normativa vigente, para su correspondiente registro.

**Nota: este documento no es válido como comprobante de Registro del proyecto.**

# **ANEXO N°3**

**CERTIFICACION DE BUENAS PRACTICAS CLINICAS**



## NIDA Clinical Trials Network

### Certificate of Completion

is hereby granted to

**Yeliska Mela**

to certify your completion of the six-hour required course on:

### GOOD CLINICAL PRACTICE

<b>MODULE:</b>	<b>STATUS:</b>
Introduction	N/A
Institutional Review Boards	Passed
Informed Consent	Passed
Confidentiality & Privacy	Passed
Participant Safety & Adverse Events	Passed
Quality Assurance	Passed
The Research Protocol	Passed
Documentation & Record-Keeping	Passed
Research Misconduct	Passed
Roles & Responsibilities	Passed
Recruitment & Retention	Passed
Investigational New Drugs	Passed

**Course Completion Date: 22 November 2022**

**CTN Expiration Date: 22 November 2025**

*Eve Jelstrom*

Eve Jelstrom, Principal Investigator  
NDAT CTN Clinical Coordinating Center

Good Clinical Practice, Version 5, effective 03-Mar-2017

This training has been funded in whole or in part with Federal funds from the National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, under Contract No. HHSN27201201000024C.

# **ANEXO N° 4**

**TEST- INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA  
INFORMACION**

Valore el grado en que ha tenido cada uno de los siguientes síntomas en las últimas semanas.

	0	1	2	3	4
	Nada	Poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1					0 1 2 3 4
2					0 1 2 3 4
3					0 1 2 3 4
4					0 1 2 3 4
5					0 1 2 3 4
6					0 1 2 3 4
7					0 1 2 3 4
8					0 1 2 3 4
9					0 1 2 3 4
10					0 1 2 3 4
11					0 1 2 3 4
12					0 1 2 3 4
13					0 1 2 3 4
14					0 1 2 3 4
15					0 1 2 3 4
16					0 1 2 3 4
17					0 1 2 3 4
18					0 1 2 3 4
19					0 1 2 3 4
20					0 1 2 3 4
21					0 1 2 3 4
22					0 1 2 3 4
23					0 1 2 3 4
24					0 1 2 3 4
25					0 1 2 3 4
26					0 1 2 3 4
27					0 1 2 3 4
28					0 1 2 3 4
29					0 1 2 3 4
30					0 1 2 3 4
31					0 1 2 3 4
32					0 1 2 3 4
33					0 1 2 3 4
34					0 1 2 3 4
35					0 1 2 3 4
36					0 1 2 3 4
37					0 1 2 3 4
38					0 1 2 3 4
39					0 1 2 3 4
40					0 1 2 3 4
41					0 1 2 3 4
42					0 1 2 3 4
43					0 1 2 3 4
44					0 1 2 3 4
45					0 1 2 3 4
46					0 1 2 3 4
47					0 1 2 3 4
48					0 1 2 3 4
49					0 1 2 3 4
50					0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASE.

# **ANEXO N° 5**

**FOTOS DE LAS SESIONES**











## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>	<b>Descripción</b>	<b>Página</b>
Cuadro 1	Sesiones Psicoeducativas, actividades y metas de la sesión.	69

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Descripción</b>	<b>Página</b>
Tabla 1	Análisis de fiabilidad Pretest	72
Tabla 2	Estadísticas de total de elemento	73
Tabla 3	Estadística de fiabilidad de post test	74
Tabla 4	Estadística de total de elemento	75
Tabla 5	Análisis descriptivo de Muestra Emparejada Pretest y Postest	77
Tabla 6	Resultado pretest- pos test sobre los indicadores que genera la presión laboral	78
Tabla 7	Pruebas de muestras emparejadas	89

## INDICE DE GRÁFICAS

<b>Gráfica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Página</b>
Gráfica 1	Diagrama de caja de la obsesión compulsión pretest y posttest	80
Gráfica 2	Diagrama de caja de la ansiedad pretest y posttest	81
Gráfica 3	Diagrama de caja de la hostilidad posttest	83
Gráfica 4	Diagrama de caja de la hostilidad posttest	83
Gráfica 5	Diagrama de caja de la depresión pretest	84
Gráfica 6	Taller de manejo de emociones y técnicas para manejar el estrés	85
Gráfica 7	Diagrama de caja del sueño ampliado pretest	86
Gráfica 8	Diagrama de caja del sueño ampliado posttest	86